



**FACULDADE DE  
MEDICINA DENTÁRIA  
UNIVERSIDADE DO PORTO**

**Artigo de Investigação Médico Dentário  
Mestrado Integrado em Medicina Dentária**

Manifestações Orofaciais da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa

Maria Manuel Lourenço

Orientador:

Professor Doutor Pedro de Sousa Gomes

Coorientadora:

Dra. Isabel Marques Brandão

Porto, 2015

Autora:

Nome: Maria Manuel Pais de Carvalho Martinho Lourenço

Nº Estudante: 201102626

Contacto Telefónico: 912020751

Contacto Eletrónico: mimd11004@gmail.com

Orientador:

Nome: Pedro de Sousa Gomes

Grau académico: Doutoramento

Título profissional: Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da  
Universidade do Porto

Coorientadora:

Nome: Isabel Brandão

Grau académico: Licenciatura

Título profissional: Médica – Especialista em Psiquiatria

## “Fix You”

(Coldplay)

When you try your best but you don't succeed  
When you get what you want but not what you need  
When you feel so tired but you can't sleep...

When the tears come streaming down your face  
When you lose something you can't replace  
When you love someone but it goes to waste  
Could it be worse?...

High up above or down below  
When you're too in love to let it go  
But if you never try you'll never know  
Just what you're worth...

Lights will guide you home  
And ignite your bones  
And I will try to fix you...

Autores:

Guy Berryman

William Champion

Christopher Martin

Jonathan Buckland

## **Agradecimentos**

Agradeço aos meus pais, à minha irmã, ao meu namorado e amigos.

Agradeço ao Senhor Professor Doutor Pedro de Sousa Gomes.

Agradeço à Dra. Isabel Marques Brandão e a todos os docentes do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João no Porto que contribuíram para esta investigação.

Agradeço ao Senhor Professor Doutor Álvaro Ferreira de Azevedo.

Agradeço a todas as participantes que se disponibilizaram e aceitaram participar neste estudo.

# Índice

Índice de Figuras .....	VI
Índice de Tabelas .....	VII
Lista de acrónimos e abreviaturas .....	X
Resumo .....	1
Abstract .....	2
I. Introdução.....	3
II. Material e Métodos .....	7
III. Resultados .....	13
IV. Discussão .....	35
VI. Conclusão .....	49
Bibliografia.....	51
Anexos .....	55
Anexo I - Autorização da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João, Porto .....	56
Anexo II - Autorização do Diretor do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João, Porto .....	60
Anexo III - Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto .....	62
Anexo IV – Explicação do Estudo .....	64
Anexo V - Declaração de Consentimento Informado, Esclarecido e Livre.....	68
Anexo VI - <i>Eating Disorder Examination Questionnaire</i> (EDE-Q).....	70
Anexo VII - Dados do Participante .....	74
Anexo VIII: Dados do Exame Clínico .....	80
Anexo IX: Declaração de Autoria .....	87
Anexo X: Parecer do Orientador .....	89

## **Índice de Figuras**

Figura 1: Representação esquemática da migração de doentes entre anorexia nervosa, bulimia nervosa e outras perturbações do comportamento alimentar. (Adaptado de Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. The Lancet. 2003 Feb 1. 361(9355): 407-416) ..... 3

Figura 2: Representação gráfica da frequência diária de escovagem dentária no grupo de controlo e no grupo com distúrbios alimentares. .... 15

Figura 3: Representação gráfica da duração da escovagem dentária (minutos) no grupo de controlo e no grupo com distúrbios alimentares. .... 16

Figura 4: Representação gráfica dos cuidados com a cavidade oral aplicados imediatamente após o vômito. .... 19

## Índice de Tabelas

Tabela I: Manifestações extra orais e intraorais detetadas em doentes com anorexia nervosa e bulimia nervosa. (Adaptado de Yagi <i>et al.</i> (2012) e Little <i>et al.</i> (2002)).....	5
Tabela II: Critérios de inclusão e exclusão das participantes com distúrbios alimentares. ....	7
Tabela III: Critérios de inclusão e exclusão para as participantes do grupo de controlo. ....	8
Tabela IV: Grupos de Estudo. Grupo DA: grupo com distúrbio alimentar; Grupo CT: grupo de controlo.....	8
Tabela V: Grupos de estudo consoante o hábito de indução do vômito. Grupo V: grupo que induz o vômito; Grupo SV: grupo sem indução do vômito. ....	9
Tabela VI: Material utilizado durante o exame extra oral e intraoral. ....	10
Tabela VII: Análise da distribuição dos sujeitos que utilizam meios auxiliares de higiene oral em função dos distúrbios alimentares. ....	17
Tabela VIII: Análise da distribuição dos sujeitos que utilizam fontes adicionais de flúor em função dos distúrbios alimentares. ....	17
Tabela IX: Análise da distribuição das doentes que informaram o médico dentista acerca do distúrbio alimentar em função da indução do vômito.....	18
Tabela X: Comparação dos índices CPO-S e CPO-D entre o grupo de controlo e grupo com distúrbios alimentares. ....	20
Tabela XI: Análise da distribuição dos sujeitos com lesões ativas de cárie dentária em função dos distúrbios alimentares.....	20
Tabela XII: Análise da distribuição dos sujeitos com lesões ativas de cárie dentária em função da indução do vômito. ....	21

Tabela XIII: Análise da distribuição dos sujeitos com lesões ativas de cárie dentária em função do fluxo salivar não estimulado. ....	22
Tabela XIV: Análise da distribuição dos sujeitos com lesões de erosão dentária em função dos distúrbios alimentares.....	22
Tabela XV: Análise da distribuição dos sujeitos com lesões de erosão dentária em função da indução do vômito. ....	23
Tabela XVI: Análise da distribuição dos sujeitos que relataram sensibilidade dentária em função dos distúrbios alimentares.....	24
Tabela XVII: Análise da distribuição dos sujeitos que relataram sensibilidade dentária em função da indução do vômito. ....	24
Tabela XVIII: Análise da distribuição dos sujeitos com lesões de abrasão dentária em função dos distúrbios alimentares.....	25
Tabela XIX: Análise da distribuição dos sujeitos com lesões de atrição dentária em função dos distúrbios alimentares.....	25
Tabela XX: Análise da distribuição dos sujeitos com doença periodontal em função dos distúrbios alimentares. ....	26
Tabela XXI: Análise da distribuição dos sujeitos com doença periodontal em função da indução do vômito.....	27
Tabela XXII: Análise da distribuição dos sujeitos com xerostomia em função dos distúrbios alimentares. ....	28
Tabela XXIII: Análise da distribuição dos sujeitos que referiram dificuldade na realização das funções da cavidade oral em função dos distúrbios alimentares. ....	28
Tabela XXIV: Comparação dos valores de FSNE, avaliados através do TSM, entre o grupo de controlo e o grupo com distúrbios alimentares. ....	29



Tabela XXV: Análise da distribuição dos sujeitos com hipossalivação no FSNE em função dos distúrbios alimentares.....	29
Tabela XXVI: Análise da distribuição dos sujeitos com hipossalivação em função da toma de medicação xerostomizante. Grupo SMX: grupo que não toma medicação xerostomizante; Grupo MX: grupo que toma medicação xerostomizante.....	30
Tabela XXVII: Análise da distribuição dos sujeitos com queilite esfoliativa em função dos distúrbios alimentares. ....	31
Tabela XXVIII: Análise da distribuição dos sujeitos com queilite angular em função dos distúrbios alimentares. ....	31
Tabela XXIX: Análise da distribuição dos sujeitos com sensação de ardência na cavidade oral em função dos distúrbios alimentares. ....	32
Tabela XXX: Análise da distribuição dos sujeitos com sensação de ardência na cavidade oral em função da indução do vômito. ....	33
Tabela XXXI: Análise da distribuição dos sujeitos com língua fissurada em função dos distúrbios alimentares. ....	33
Tabela XXXII: Análise da distribuição dos sujeitos com líquen plano em função dos distúrbios alimentares. ....	34

## **Lista de acrónimos e abreviaturas**

CDC - Centro de Controle e Prevenção de Doenças

CES - Comissão de Ética para a Saúde

CHSJ-CCA - Consulta do Comportamento Alimentar do Centro Hospitalar de São João no Porto

CHSJP - Centro Hospitalar de São João no Porto

CPI – Índice Periodontal Comunitário

CPO-D – Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados por Dente

CPO-S - Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados por Superfície Dentária

DSM-V - The Diagnostic and Statistical Manual, 5th ed

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

FSNE - Fluxo Salivar Não Estimulado

Grupo CT – grupo de controlo

Grupo DA – grupo com distúrbios alimentares

Grupo MX - grupo que toma medicação xerostomizante.

Grupo SMX - grupo que não toma medicação com xerostomizante

Grupo SV – grupo sem indução do vómito

Grupo V – Grupo com indução do vómito

IMC – Índice de Massa Corporal ( $\text{Kg/m}^2$ )

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCA - Perturbações do Comportamento Alimentar

SNA - Soluções neutralizadoras de ácidos

TSM – Teste de *Schirmer* Modificado

$X^2$  – Teste Qui-quadrado de Pearson

## Resumo

**Introdução:** A anorexia nervosa e bulimia nervosa caracterizam-se pelo medo obsessivo de aumentar o peso e percepção irrealista da forma corporal. Estas doenças evidenciam a relação existente entre a saúde geral e da cavidade oral, uma vez que podem surgir várias complicações extra orais e intraorais no curso da doença.

**Objetivos:** Avaliar as manifestações orofaciais detetadas nos indivíduos com anorexia nervosa e bulimia nervosa e verificar quais as alterações mais prevalentes nestes doentes.

**Metodologia:** A amostra do estudo, constituída por 71 voluntárias caucasianas, incluiu 22 doentes com anorexia nervosa e 11 doentes com bulimia nervosa, acompanhadas na Consulta de Comportamento Alimentar do Centro Hospitalar de São João no Porto. O grupo de controlo foi constituído por 33 voluntárias sem história de distúrbios alimentares, confirmado pelo *Eating Disorder Examination Questionnaire*. O estudo incluiu o preenchimento de um questionário para recolha de dados, elaborado pela equipa de investigação, e exame clínico extra oral e intraoral. Todas as participantes foram avaliadas pela investigadora principal, nas instalações do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, sob as mesmas condições.

**Resultados:** As doentes apresentavam prevalência significativamente maior de cárie dentária, de lesões de erosão, de sensibilidade dentária, de doença periodontal, de xerostomia, de dificuldades nas funções da cavidade oral e de hipossalivação ( $p < 0,0005$ ).

**Conclusão:** Este estudo permitiu concluir que a maioria das doentes apresentava alterações significativas da cavidade oral, com impacto na sua saúde oro-dentária. Desta forma, recomendam-se consultas regulares de medicina dentária, de modo a aplicar estratégias preventivas, para evitar o desenvolvimento de novas alterações, e de controlo da progressão das alterações presentes.

**Palavras-chave:** “Distúrbios Alimentares”; “Anorexia Nervosa”; “Bulimia Nervosa”; “Complicações Orais”; “Saúde Oral”.

## **Abstract**

**Introduction:** Anorexia nervosa and bulimia nervosa are classified as restrictive food intake disorders, characterized by an obsessive fear of increasing weight and a distorted perception of individual's body shape. These conditions exhibit the relation between general health and oral health, since multiple oral complications may arise in the course of the disease.

**Objectives:** Evaluate the oral complications detected on patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa and determine which manifestations have a higher prevalence.

**Methodology:** The study sample included 71 caucasian volunteers, 22 diagnosed with anorexia nervosa and 11 with bulimia nervosa, accompanied on the Feeding Behavior Consultation in Hospital de São João, Oporto. The control group consisted of 33 volunteers without history of eating disorders, confirmed by the Eating Disorder Examination Questionnaire. The study included the completion of a questionnaire and clinical examination of the face and oral cavity. All participants were evaluated by the same investigator on the facilities of Psychiatry and Mental Health Service, under the same conditions.

**Results:** It was found that most patients did not inform their dentist about their eating disorder (60,0%). The patients have higher prevalence of dental decay, of dental erosion, of dentine hypersensitivity, of periodontal disease, of xerostomia, of difficulties in oral functions and hyposalivation ( $p < 0,0005$ ).

**Conclusion:** Most of the patients exhibit alterations in oral cavity with a significant impact in the dental-oral health. Thus, regular consultations with the dentist are recommended, to apply preventive strategies, to avoid the development of more alterations, and control the progression of the existing ones.

**Key words:** "Eating Disorders"; "Anorexia Nervosa"; "Bulimia Nervosa"; "Oral Complications"; "Oral Health".

# I. Introdução

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) são doenças psiquiátricas, caracterizadas pela alteração persistente do comportamento alimentar e que, frequentemente, se acompanham de complicações médicas graves, podendo colocar em risco a vida dos indivíduos afetados (1,2,3,4,5). O medo obsessivo de aumentar o peso e a percepção irrealista da forma corporal são características dos doentes com anorexia nervosa e bulimia nervosa (3,5,6,7,8).

A etiologia multifatorial, não totalmente esclarecida, envolve fatores genéticos, socioculturais, ambientais, neuro-químicos, psicológicos e psiquiátricos (1,3,9,10,11,12,13,14).

A migração de doentes entre as PCA (Figura 1) é um fenómeno frequente que, em conjunto com a fisiopatologia destas doenças, sugere a existência de mecanismos comuns, que contribuem para a sua persistência (5).

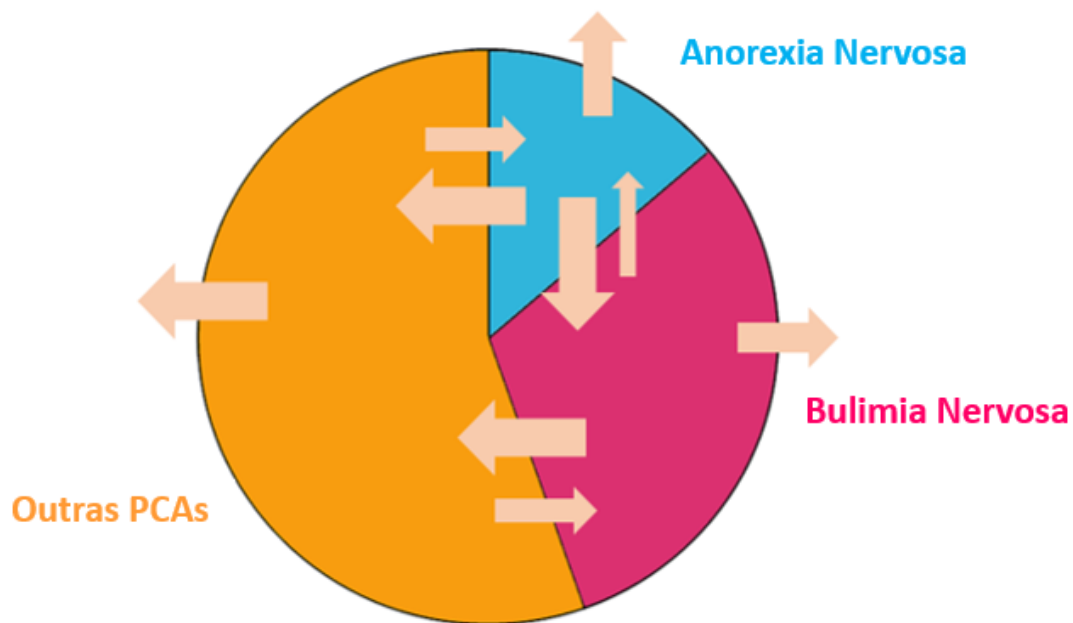


Figura 1: Representação esquemática da migração de doentes entre anorexia nervosa, bulimia nervosa e outras perturbações do comportamento alimentar. (Adaptado de Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. The Lancet. 2003 Feb 1. 361(9355): 407-416)

O *The Diagnostic and Statistical Manual, Fifth Edition* (DSM-V), classifica a anorexia nervosa e a bulimia nervosa como distúrbios de restrição do consumo alimentar (2).

A anorexia nervosa caracteriza-se pelo índice de massa corporal (IMC; quociente entre o peso, em quilogramas, e o quadrado da altura, em metros) inferior a  $18,5 \text{ Kg/m}^2$  e pela perda de peso induzida e sustentada pelo doente (2,15). Esta pode ser subdividida no tipo restritivo, no qual a perda de peso se deve à restrição alimentar, jejum prolongado ou prática de exercício físico excessivo; ou no tipo purgativo, no qual se verifica a adoção de hábitos purgativos, como a indução do vômito e a utilização de laxantes ou diuréticos, para redução do peso (2,16).

Na bulimia nervosa os doentes apresentam um IMC superior a  $18,5 \text{ Kg/m}^2$  e episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva. Consoante os hábitos compensatórios adotados, pode ser classificada, de forma idêntica à anorexia, em purgativa ou não purgativa, de acordo com o referenciado (2,15).

Nas últimas décadas, a incidência das PCA aumentou, sendo a bulimia nervosa uma das doenças mais prevalentes na sociedade atual (1,17,18,19). Este aumento é justificado pela pressão sociocultural, que associa a magreza à beleza e perfeição (6,13,20).

Segundo os estudos epidemiológicos existentes em Portugal, em 2004, a bulimia nervosa atingia cerca de 3% das raparigas entre os 18 e os 30 anos, e a anorexia nervosa afetava 1 em cada 200 raparigas a frequentar o ensino secundário (21).

São mais prevalentes nos adolescentes e jovens adultos, sendo raras após a puberdade ou após os quarenta anos (2,15,22). O sexo feminino é afetado até vinte vezes mais do que o masculino, com maior prevalência nas mulheres caucasianas (1,2,13,23). Os grupos populacionais de maior risco incluem atletas, dançarinos ou modelos (13). No entanto, é necessário ter em consideração que muitos doentes não constam nas estatísticas, uma vez que negam a patologia ou evitam tratamento médico (22). Nestes doentes verifica-se uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade (2,20).

Estas psicopatologias estão também associadas a alterações significativas dos tecidos orais e periorais, conforme demonstrado na Tabela I (9,20,22,24,25,26,27).

Tabela I: Manifestações extra orais e intraorais detetadas em doentes com anorexia nervosa e bulimia nervosa. (Adaptado de Yagi *et al.* (2012) e Little *et al.* (2002))

Manifestações extra orais e intraorais	Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa
Atrofia da mucosa oral	Sim	Alguns
Lesões no palato mole	Não	Sim
Erosão dentária (superfícies oclusais e linguais)	Não	Sim
Cárie dentária	Sim	Sim
Sensibilidade dentária	Não	Sim
Gengivite	Alguns	Sim
Periodontite	Alguns	Sim
Sialose	Sim	Sim
Hipossalivação	Alguns	Alguns
Xerostomia	Sim	Sim
Sensação de ardência	Sim	Sim
Disgeusia	Alguns	Alguns
Episódios de dor na cavidade oral	Sim	Sim

A literatura salienta que os médicos dentistas são, em muitos casos, os primeiros profissionais de saúde a contactar com estes doentes (1,4,28,29). A confiança entre o médico dentista e o doente é essencial, uma vez que este profissional de saúde deve partilhar as suas suspeitas sobre a existência de uma PCA e informar o doente das consequências que podem surgir no curso da doença (8,14,22,30). Nos casos suspeitos deve proceder-se à recolha completa da história clínica, registar os sinais e sintomas detetados no exame extra oral e intraoral, e avaliar a interação do paciente (3,7,8,11,31). Seguidamente, os doentes devem ser encaminhados e acompanhados por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, de forma a providenciar o tratamento adequado, com efeitos favoráveis, no prognóstico e recuperação (1,13).

Em termos de saúde oral verifica-se que o diagnóstico precoce e uma intervenção adequada podem prevenir, ou pelo menos reduzir a grande generalidade das complicações, pelo que o médico dentista deverá ser capaz de identificar e lidar com estes doentes, motivando-os adequadamente para o acompanhamento médico-dentário (1,3,4,8,10,13,17,24,31).

Os estudos sobre a saúde oral nos pacientes com distúrbios alimentares têm fornecido muita informação. Contudo, há resultados contraditórios sobre a prevalência

de algumas manifestações orais, a reversibilidade de algumas complicações, e a associação de algumas manifestações com estadios de agudização da PCA (24). No entanto, de forma global, verifica-se a tendência para estes pacientes apresentarem níveis de saúde oral inferiores à de indivíduos saudáveis, da mesma idade e sexo (18).

Tendo em conta este enquadramento bibliográfico, este estudo tem como objetivo analisar as manifestações orofaciais detetadas num grupo de doentes com anorexia nervosa ou bulimia nervosa, a frequentar a Consulta do Comportamento Alimentar, no Centro Hospitalar de São João no Porto (CHSJ-CCA). Os objetivos específicos desta investigação pretendem comparar os cuidados com a saúde oral, a prevalência das alterações periorais e da mucosa oral, as alterações dentárias, periodontais e das glândulas salivares nas doentes com distúrbios alimentares, com as alterações verificadas nos indivíduos do grupo de controlo.



## II. Material e Métodos

### *Considerações Éticas*

O presente estudo de investigação obteve a aprovação da Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Centro Hospitalar de São João no Porto (CHSJP) (Anexo I), e autorização do diretor da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do CHSJP (Anexo II). O projeto foi, igualmente, submetido à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) (Anexo III).

### *Grupos de Estudo*

Durante os meses de fevereiro a abril de 2015 convidaram-se 55 doentes, frequentadores da CHSJ-CCA no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHSJP, a participar neste estudo.

A participação foi condicionada aos critérios de inclusão e exclusão, definidos pela equipa de investigação (Tabela II). O convite foi realizado pela investigadora principal e pelo(a) médico(a) psiquiatra responsável pelo acompanhamento de cada doente.

Tabela II: Critérios de inclusão e exclusão das participantes com distúrbios alimentares.

Critérios de Inclusão	Sexo feminino Idade compreendida entre 18 e 49 anos Autonomia legal e cognitiva para compreender as características do estudo e assinar a declaração de consentimento informado A frequentar a Consulta de Comportamento Alimentar no serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, do Centro Hospitalar de São João no Porto Diagnóstico atual de anorexia nervosa ou bulimia nervosa
Critérios de Exclusão	Doentes hospitalizadas Sem autonomia para assinar o consentimento informado Doentes com anorexia nervosa ou bulimia nervosa controlada Doentes com outros diagnósticos de distúrbio alimentar

Vinte e duas pacientes (40%) recusaram o convite, por considerarem que não apresentavam alterações dentárias (n=3) ou por falta de tempo (n=19). O diagnóstico atual do distúrbio alimentar das 33 pacientes que aceitaram o convite (60%) foi fornecido à equipa de investigação pelo(a) médico(a) psiquiatra responsável pelo acompanhamento da doente, tendo sido baseado na realização do *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q). Não se excluíram doentes que apresentassem outras patologias sistémicas para além do distúrbio alimentar.

As 60 participantes, convidadas pela investigadora principal, durante março e abril de 2015, para integrar o grupo de controlo, obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão definidos (Tabela III). Destas, 38 (63,33%) responderam e aceitaram participar no estudo.

Tabela III: Critérios de inclusão e exclusão para as participantes do grupo de controlo.

Critérios de Inclusão	Sexo feminino Idade compreendida entre 18 e 49 anos Autonomia legal e cognitiva para compreender as características do estudo e assinar a declaração de consentimento informado
Critérios de exclusão	História passada ou presente de perturbação do comportamento alimentar Risco de sofrer de perturbação do comportamento alimentar

As 71 participantes foram divididas em dois grupos principais (Tabela IV).

Tabela IV: Grupos de Estudo. Grupo DA: grupo com distúrbios alimentares; Grupo CT: grupo de controlo.

Grupo DA	Doentes com anorexia nervosa ou bulimia nervosa (n=33)
Grupo CT	Grupo de controlo (n=38)

Na análise de alguns parâmetros procedeu-se à formação de subgrupos, consoante a variável em estudo: indução do vômito, hipossalivação no fluxo salivar não estimulado e toma de medicação xerostomizante.

Para a divisão dos subgrupos relativamente à indução do vômito (Tabela V), considerou-se o produto da duração do hábito de indução de vômito, em anos, pela sua frequência diária. Com base na literatura consultada, definiu-se uma duração mínima de 6 meses (0,5 anos) (13,32) e frequência mínima de 2 vezes por dia. Assim, o produto mínimo para considerar indução do vômito foi igual ou superior a 1. A aplicação deste critério não exclui nenhuma das pacientes que referia história de indução do vômito.

Tabela V: Grupos de estudo consoante o hábito de indução do vômito. Grupo V: grupo com indução do vômito; Grupo SV: grupo sem indução do vômito.

Grupo V	Grupo com indução do vômito (n=16)
Grupo SV	Grupo sem indução do vômito (n=17)

Previamente à sua participação nesta investigação, as participantes foram informadas sobre as características do estudo (Anexo IV), tendo-lhes sido fornecidas respostas às questões colocadas e dado tempo para refletir. Assim, assinaram voluntariamente a declaração de consentimento informado preconizada pela CES-CHSJ (Anexo V).

### *Procedimento*

As participantes do grupo de controlo preencheram o EDE-Q (Anexo VI) entregue pela investigadora principal. Este questionário permitiu analisar o risco individual de apresentar distúrbios alimentares. É constituído por 28 questões, cujas respostas permitem calcular o valor global e avaliar quatro subescalas: restrição, preocupação com a alimentação, preocupação com a aparência física e preocupação com peso corporal.

A equipa de investigação elaborou um questionário, com base na literatura consultada, para recolha de dados das participantes (Anexo VII). Este foi testado num grupo de 5 indivíduos. É composto por 21 questões que abordam a saúde geral, medicação habitual, hábitos purgativos, cuidados de saúde oral e hábitos tabágicos. Este questionário foi entregue pela investigadora principal e preenchido pelas participantes. Todas as dúvidas existentes no preenchimento do questionário foram esclarecidas. Os elementos do grupo de controlo responderam ao mesmo questionário, com exceção das questões 3 a 7, destinadas especificamente às participantes com distúrbio alimentar.

Seguidamente realizou-se o exame clínico da face e da cavidade oral (Anexo VIII). Esta avaliação foi exclusivamente realizada pela investigadora principal, de modo a evitar a variabilidade interoperador. Todas as participantes foram avaliadas sob as mesmas condições e com recurso a material de pesquisa e fonte de luz portátil (Tabela VI).

Tabela VI: Material utilizado durante o exame extra oral e intraoral.

Material
<p>Luvas</p> <p>Máscaras</p> <p>Espelhos bucais planos</p> <p>Sondas CPI</p> <p>Sondas periodontais de Williams</p> <p>Gazes esterilizadas</p> <p>Rolos de algodão</p> <p>Tiras de diagnóstico esterilizadas <i>Schirmer Tear Strips®</i>, 35mm, <i>Contacare Ophtalmics &amp; Diagnostics</i></p> <p>Fonte de luz portátil</p>

A avaliação dos cuidados com a saúde oral incluiu o registo da frequência diária e duração, em minutos, da escovagem dentária, utilização de meios adicionais de higiene oral e utilização de fontes adicionais de flúor. Considerou-se como utilização de fonte adicional de flúor a aplicação de qualquer produto fluoretado para além da pasta dentífrica. Questionaram-se as pacientes se tinham informado o seu médico dentista acerca do seu distúrbio alimentar. Esta análise foi realizada em função da indução do

vômito. As pacientes com indução do vômito foram questionadas sobre os cuidados com a cavidade oral adotados imediatamente após o vômito.

O exame extra oral consistiu na inspeção visual da face para despiste de queilite actínica, queilite angular e sialose nos três pares de glândulas salivares *major*.

A análise da cárie dentária incluiu a avaliação visual e tátil de todas as estruturas dentárias presentes na cavidade oral, incluindo terceiros molares. Calculou-se o índice de dentes, cariados, perdidos e obturados por dente (CPO-D) e por superfície dentária (CPO-S), segundo as diretrizes fornecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (33), e assinalaram-se as participantes que apresentavam lesões ativas de cárie dentária.

A presença de erosão dentária foi avaliada visualmente em todas as superfícies dentárias presentes na cavidade oral, incluindo as dos terceiros molares. Cada dente foi classificado de acordo com o código da lesão mais severa. A escalada de severidade adotada variou entre 0 (sem lesão de erosão dentária) e 3 (lesão de erosão que atinge a polpa dentária) (33). Excluíram-se as superfícies dentárias que apresentavam lesões de cárie extensas, restaurações extensas, lesões de abrasão ou atrição dentária, tendo-lhes sido atribuído código 4 (dente excluído).

A avaliação da sensibilidade dentária baseou-se no relato das participantes. Estas foram questionadas relativamente à existência de sensibilidade a estímulos como frio, doce ou ácido

O *Index Teeth* foi o método adotado para registrar as alterações periodontais e referenciar as participantes com doença periodontal. Este teste avaliou as faces vestibulares dos dentes 17, 16, 11, 26, 27 e 31, e faces linguais dos dentes 37, 36, 46 e 47. Atribuiu-se o diagnóstico de periodontite nos casos em que se verificaram sulcos com valores de profundidade de sondagem superiores a 3 mm ou recessões gengivais clinicamente visíveis (33,34). Atribuiu-se o diagnóstico de gengivite quando, no exame visual, se detetou inflamação generalizada do tecido gengival e se registou sangramento e dor após a sondagem dos sulcos gengivais referidos. As participantes foram questionadas quanto aos seus hábitos tabágicos, uma vez que este é um fator de risco da doença periodontal (34).

A xerostomia foi avaliada a partir do relato de sensação de boca seca. Questionaram-se as participantes quanto às dificuldades sentidas, devido à sensação de boca seca, na realização das funções da cavidade oral, como fala, mastigação e deglutição (35,36). O fluxo salivar não estimulado (FSNE) foi avaliado através do Teste de *Schirmer* Modificado (TSM). Considerou-se que as participantes apresentavam hipossalivação para valores de FSNE  $\leq$  25mm, durante 3 minutos (36).

No exame visual da mucosa oral pesquisaram-se sinais de candidíase oral e lesões no palato mole. Questionaram-se as participantes quanto à sensação de ardência na cavidade oral.

Para além das manifestações anteriormente referidas, registaram-se e estudaram-se outras alterações detetadas durante o exame clínico, inicialmente não contempladas no estudo. Estas alterações incluíram lesões de abrasão e atrição dentária, queilite esfoliativa, língua fissurada e líquen plano.

### *Análise Estatística*

A análise estatística foi realizada com recurso ao *software* estatístico SPSS Statistics 23.0.

Realizou-se a análise de frequências entre o grupo com distúrbios alimentares e o grupo de controlo, para as variáveis frequência diária e duração, em minutos, da escovagem dentária e cuidados aplicados à cavidade oral imediatamente após o vómito.

Aplicaram-se o Teste de Levene e Teste T para analisar e comparar as variáveis índice CPO-S, índice CPO-D e hipossalivação entre o grupo com doença e o grupo de controlo, com um intervalo de confiança de 95%. Considerou-se que não se verificava homogeneidade das variáveis sempre que  $p < 0,05$ .

As variáveis qualitativas foram analisadas com recurso ao Teste Qui-quadrado de Pearson ( $X^2$ ) para avaliar as diferenças existentes entre os grupos. Considerou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas quando  $p < 0,05$ . Sempre que  $p = 0,000$  registou-se  $p < 0,0005$ .

Uma paciente desdentada total, portadora de duas próteses fixas sobre implantes, foi excluída das análises relativas às alterações dentárias e periodontais.

### III. Resultados

A amostra de estudo incluiu 71 participantes. Trinta e três (46,5%) constituíram o grupo com distúrbios alimentares e 38 (53,4%) o grupo de controlo. Após avaliação dos resultados do EDE-Q não se excluiu nenhuma participante do grupo de controlo.

A média de idades das participantes do grupo com distúrbios alimentares foi  $28,21 \pm 10,11$  anos, com idades compreendidas entre os 18 anos e os 49 anos. A média de idades do grupo de controlo foi  $23,13 \pm 3,11$  anos, com idades entre os 18 anos e os 36 anos.

O IMC médio do grupo com distúrbios alimentares foi de  $17,50 \pm 3,07$  Kg/m<sup>2</sup>, variando entre 12,96 Kg/m<sup>2</sup> e 24,68 Kg/m<sup>2</sup>. O IMC médio do grupo de controlo foi  $21,24 \pm 2,01$  Kg/m<sup>2</sup>, variando entre 17,40 Kg/m<sup>2</sup> e 25,08 Kg/m<sup>2</sup>.

A duração média da doença foi  $9,90 \pm 9,84$  anos, variando entre 8 meses e 34 anos. Trinta doentes (42,3%) apresentavam duração da doença superior a um ano.

O grupo com distúrbios alimentares incluiu 22 doentes (31%) com diagnóstico atual de anorexia nervosa e 11 (15,5%) com diagnóstico atual de bulimia nervosa. Nove (13%) apresentavam anorexia nervosa purgativa, 13 (18%) anorexia nervosa restritiva, 6 (8%) bulimia nervosa não purgativa e 5 (7%) bulimia nervosa purgativa.

Das 13 pacientes com anorexia nervosa restritiva, 1 (1,4%) apresentava história pregressa de bulimia nervosa purgativa e 2 (2,8%) de anorexia nervosa purgativa. Das 6 pacientes com bulimia nervosa não purgativa, 4 (5,6%) apresentavam história pregressa de bulimia nervosa purgativa.

As participantes com anorexia nervosa apresentavam uma média de idades de  $29,50 \pm 11,30$  anos, com idades variáveis entre 18 anos e 49 anos. O seu IMC médio foi  $15,74 \pm 1,75$  Kg/m<sup>2</sup>, variando entre 12,96 Kg/m<sup>2</sup> e 18,23 Kg/m<sup>2</sup>.

As participantes com bulimia nervosa apresentavam uma média de idades de  $25,64 \pm 6,93$  anos, com idades variáveis entre 18 anos e 35 anos. O seu IMC médio foi  $21,01 \pm 1,84$  Kg/m<sup>2</sup>, variando entre 18,99 Kg/m<sup>2</sup> e 24,68 Kg/m<sup>2</sup>.

Vinte e uma doentes (29,6%) mencionaram história atual ou pregressa de hábitos purgativos, 5 (7,0%) referiram recorrer a laxantes e 16 (22,5%) à indução do vômito.

Após aplicação do critério de indução do vômito verificou-se que, das 33 pacientes, 16 adotavam este comportamento. Este subgrupo incluiu doentes com diagnóstico de anorexia nervosa restritiva com história pregressa de bulimia nervosa purgativa (n=1), anorexia nervosa restritiva com história pregressa de anorexia nervosa purgativa (n=2), anorexia nervosa purgativa (n=7), bulimia nervosa restritiva com história pregressa de bulimia nervosa purgativa (n=4) e bulimia nervosa purgativa (n=2).

Algumas doentes apresentavam outras alterações sistêmicas, para além do distúrbio alimentar, como ansiedade (n=20), depressão (n=12), distúrbios obsessivo-compulsivos (n=6), osteoporose (n=5), refluxo gastroesofágico (n=4), alterações de personalidade (n=3), diabetes mellitus tipo I (n=2), asma (n=2), doença de Crohn (n=1), lúpus eritematoso sistémico (n=1), fibromialgia (n=1), síndrome de Sjögren (n=1) e hipotireoidismo (n=1). Trinta e duas doentes (45,07%) tomavam medicação diária, 20 (28,17%) das quais tomavam pelo menos um fármaco com efeito xerostomizante, sendo os antidepressivos e os ansiolíticos os mais comuns.

O grupo de controlo incluiu indivíduos que apresentavam refluxo gastroesofágico (n=3), hipotireoidismo (n=2), asma (n=1) e diabetes mellitus (n=1). Das 38 participantes do grupo de controlo, apenas 4 (5,63%) não tomavam medicação diária. Vinte e oito participantes (39,44%) tomavam anticoncepcionais orais e 6 (8,45%) tomavam anticoncepcionais orais e outros fármacos. Apenas uma participante (1,41%) tomava medicação com efeito xerostomizante.

## *I. Cuidados com a Saúde Oral*

### *1.1. Frequência e Duração da Escovagem Dentária*

Avaliou-se a frequência diária (Figura 2) e duração, em minutos, da escovagem dentária para os dois grupos (Figura 3).

Verificaram-se diferenças na mediana de cada grupo, uma vez que a maioria das doentes referiu escovar os dentes três vezes por dia, enquanto a maioria do grupo de controlo referiu escovar duas vezes por dia.

O número de participantes que referiu escovar os dentes 4 ou mais vezes por dia correspondeu a uma minoria, mas verificou-se que, em comparação com o grupo de controlo, havia mais doentes a referir esta frequência de escovagem.



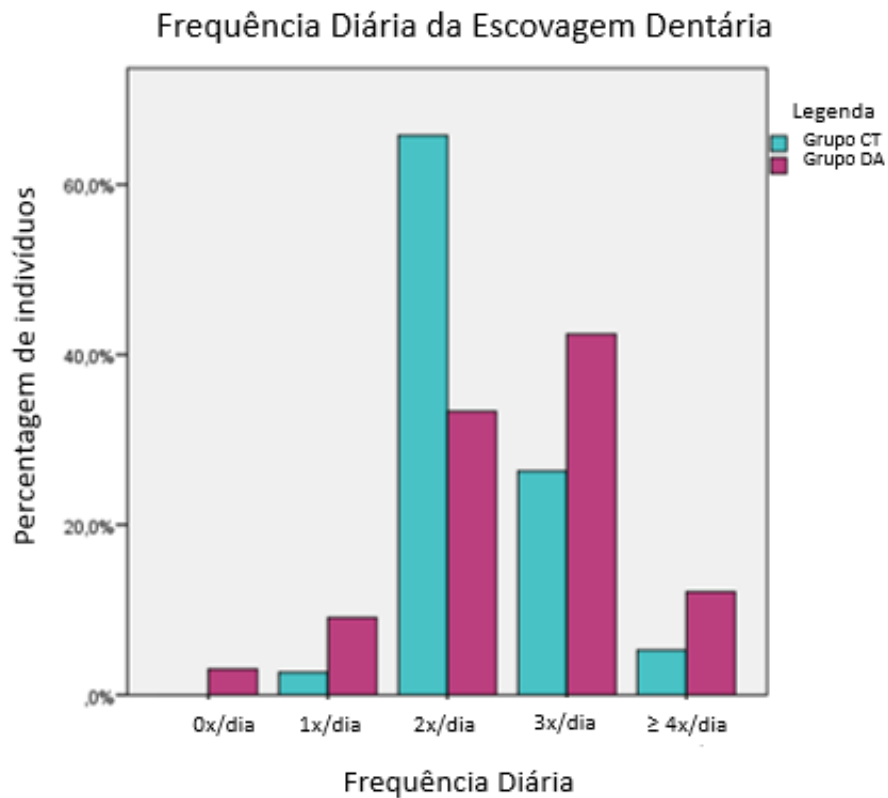


Figura 2: Representação gráfica da frequência diária de escovagem dentária no grupo de controlo e no grupo com distúrbios alimentares.

Relativamente à duração, em minutos, da escovagem dentária, não se verificaram-se diferenças na mediana de cada grupo, uma vez que a maioria das participantes referiu uma duração média de 2 a 4 minutos.

O número de participantes que referiu escovar os dentes durante 4 ou mais minutos correspondeu a uma minoria, mas verificou-se que, em comparação com o grupo de controlo, havia mais doentes a referir esta duração de escovagem.

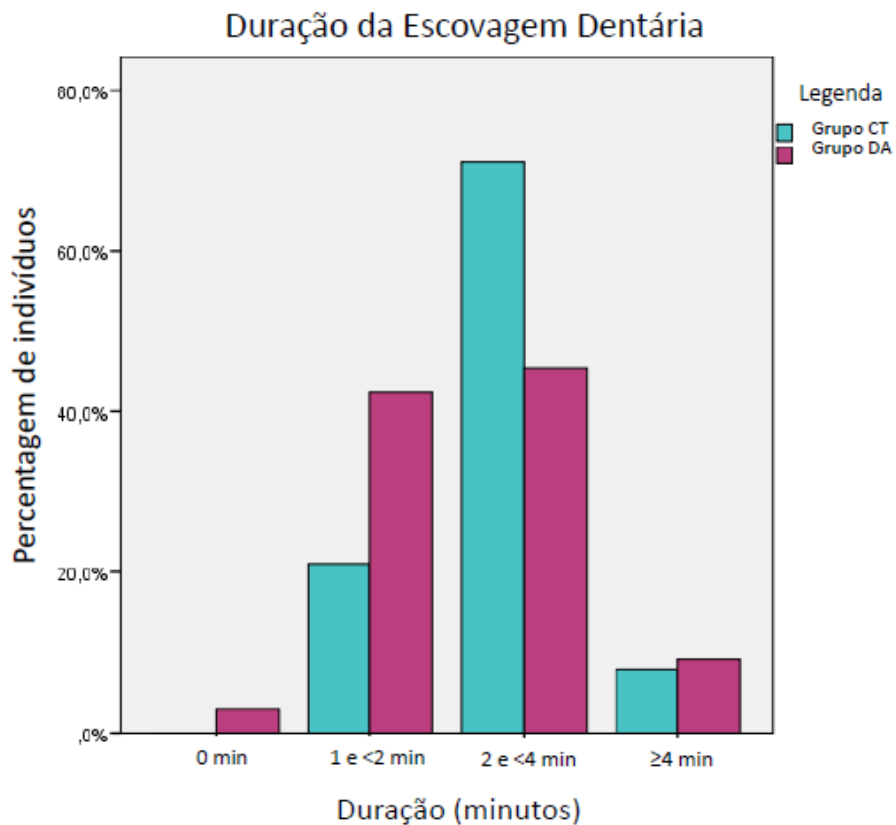


Figura 3: Representação gráfica da duração, em minutos, da escovagem dentária no grupo de controlo e no grupo com distúrbios alimentares.

### 1.2. Meios Auxiliares de Higiene Oral

A avaliação da utilização de meios auxiliares de higiene oral não demonstrou diferenças significativas entre os grupos ( $p = 0,05$ ) (Tabela VII). Verificou-se que a maioria dos indivíduos do grupo de controlo contrariaram a tendência estatística do grupo (valor residual = - 2,0) e que a maioria das participantes, dos dois grupos, mencionaram este comportamento.

Tabela VII: Análise da distribuição dos sujeitos que utilizam meios auxiliares de higiene oral em função dos distúrbios alimentares.

		Meios Auxiliares de Higiene Oral		
		Não	Sim	Total
Grupo CT	Contagem	7	31	38
	%	18,4%	81,6%	100%
	Valor residual	-2,0	2,0	0
Grupo DA	Contagem	13	20	33
	%	39,4%	60,6%	100%
	Valor residual	2,0	-2,0	0
Total	Contagem	20	51	71
	%	28,2%	71,8%	100%

$$X^2 = 3,839; p = 0,05$$

### 1.3. Fontes Adicionais de Flúor

A avaliação da utilização de fontes adicionais de flúor (Tabela VIII) demonstrou diferenças significativas entre os grupos ( $p = 0,030$ ;  $\phi = -0,258$ ). O grupo de controle contrariou a tendência estatística (valor residual = -2,2) e a maioria das participantes, dos dois grupos, referiu não aplicar estes produtos.

Tabela VIII: Análise da distribuição dos sujeitos que utilizam fontes adicionais de flúor em função dos distúrbios alimentares.

		Fontes Adicionais de Flúor		
		Não	Sim	Total
Grupo CT	Contagem	25	13	38
	%	65,8%	34,2%	100%
	Valor residual	-2,2	2,2	0
Grupo DA	Contagem	28	4	32
	%	87,9%	12,1%	100%
	Valor residual	2,2	-2,2	0
Total	Contagem	53	17	70
	%	76,1%	23,9%	100%

$$X^2 = 4,732; p = 0,030; \phi = -0,258$$

#### 1.4. Distúrbio Alimentar e o Médico Dentista

Avaliou-se o número de doentes que informaram o médico dentista acerca do seu distúrbio alimentar (Tabela IX).

Verificou-se que a maioria oculta a doença, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p = 0,829$ ). A maioria dos indivíduos do grupo sem indução do vômito contrariou a tendência estatística (valor residual = - 0,2)

Tabela IX: Análise da distribuição das doentes que informaram o médico dentista acerca do distúrbio alimentar em função da indução do vômito.

		Informou o Médico Dentista		
		Não	Sim	Total
Grupo SV	Contagem	10	7	17
	%	58,8%	41,2%	100%
	Valor residual	-0,2	0,2	0
Grupo V	Contagem	10	6	16
	%	62,5%	37,5%	100%
	Valor residual	0,2	-0,2	0
Total	Contagem	20	13	33
	%	60,6%	39,4%	100%

$X^2 = 0,047$ ;  $p = 0,829$ ;

#### 1.5. Cuidados com a Cavidade Oral Após o Vômito

Avaliou-se a frequência dos cuidados com a cavidade oral imediatamente após o vômito (Figura 4).

Constatou-se que a maioria das doentes referiu que bochechava com água e que a minoria bochechava com soluções neutralizadoras de ácidos (SNA).

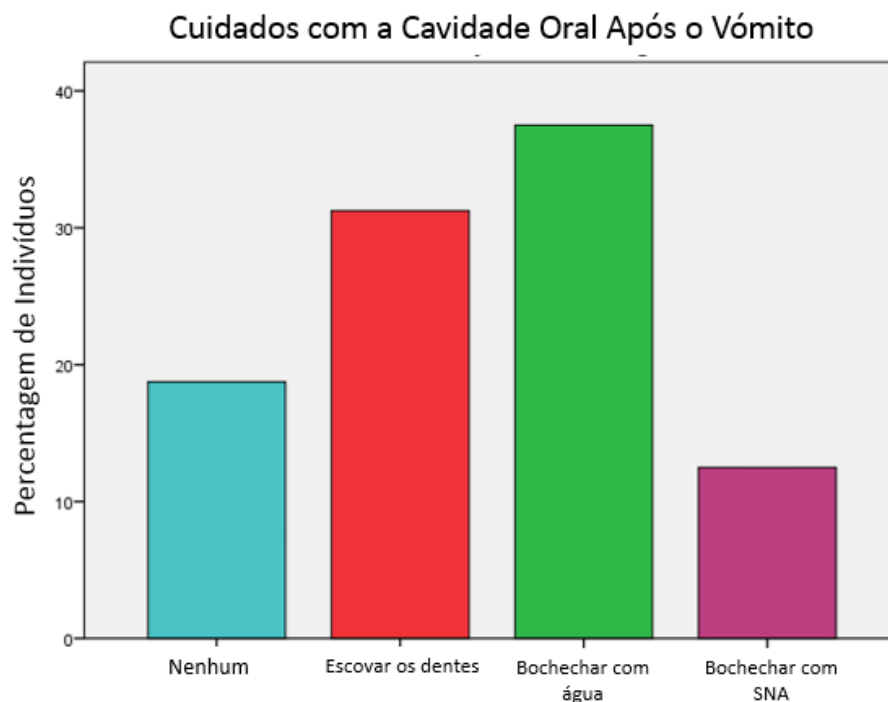


Figura 4: Representação gráfica dos cuidados com a cavidade oral imediatamente após o vômito.

## II. Alterações Dentárias

### 2.1. Cárie Dentária

A média do índice CPO-S do grupo de controlo foi  $5,13 \pm 5,89$ , com valores variáveis entre 0 e 27. A média do índice CPO-S do grupo com distúrbios alimentares foi  $23,72 \pm 31,84$ , com valores compreendidos entre 0 e 145.

A média do índice CPO-D do grupo de controlo foi  $3,87 \pm 3,89$ , com valores compreendidos entre 0 e 12. A média do índice CPO-D do grupo com distúrbios alimentares foi  $8,78 \pm 7,01$ , com valores compreendidos entre 0 e 32.

A análise do índice CPO-S ( $p = 0,003$ ) e CPO-D ( $p = 0,001$ ) revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Tabela X). Verificou-se que o grupo com distúrbios alimentares apresentou valores mais elevados para os dois índices.

Tabela X: Comparação dos índices CPO-S e CPO-D entre o grupo de controlo e grupo com distúrbios alimentares.

	Teste de Levene		Teste T Teste da igualdade das médias						
	F	Sig.	T	Df	Sig.	Dif. média	Dif. dp	95% de intervalo de confiança da diferença	
								Inferior	Superior
CPO-S Não se assume a homogeneidade das variáveis	17,123	0,000	- 3,256	32,788	0,003	- 18,587	5,709	- 30,205	- 6,969
CPO-D Não se assume a homogeneidade das variáveis	6,195	0,015	- 3,536	46,518	0,001	- 4,913	1,390	- 7,709	- 2,117

Verificou-se uma relação entre as lesões ativas de cárie dentária e os distúrbios alimentares (Tabela XI), com diferenças significativas entre os grupos de estudo ( $p < 0,0005$ ). A maioria das doentes apresentava lesões de cárie dentária.

Tabela XI: Análise da distribuição dos sujeitos com lesões ativas de cárie dentária em função dos distúrbios alimentares.

		Cárie Dentária		
		Não	Sim	Total
Grupo CT	Contagem	29	9	38
	%	76,3%	23,7%	100%
	Valor residual	4,5	-4,5	0
Grupo DA	Contagem	7	25	32
	%	21,9%	78,1%	100%
	Valor residual	-4,5	4,5	0
Total	Contagem	36	34	70
	%	51,4%	48,6%	100%

$$X^2 = 20,611; p < 0,0005; \phi = 0,543 (p < 0,0005)$$

A análise não demonstrou uma relação entre as lesões ativas de cárie dentária e o vômito (Tabela XII), uma vez que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p = 0,810$ ).

O grupo sem indução do vômito contrariou a tendência estatística (valor residual = - 0,2) e a maioria das doentes, dos dois grupos, apresentavam lesões de cárie.

Tabela XII: Análise da distribuição dos sujeitos com lesões ativas de cárie dentária em função da indução do vômito.

		Cárie Dentária		
		Não	Sim	Total
Grupo SV	Contagem	4	13	17
	%	23,5%	76,5%	100%
	Valor residual	0,2	-0,2	0
Grupo V	Contagem	3	12	15
	%	20,0%	80,0%	100%
	Valor residual	-0,2	0,2	0
Total	Contagem	7	25	70
	%	21,9%	78,1%	100%

$$X^2 = 0,058; p = 0,810$$

Verificou-se uma relação entre as lesões ativas de cárie dentária e o fluxo salivar não estimulado (Tabela XIII), com diferenças significativas entre os grupos de estudo ( $p = 0,001$ ).

A maioria das doentes com hipossalivação apresentava lesões ativas de cárie dentária.

Tabela XIII: Análise da distribuição dos sujeitos com lesões ativas de cárie dentária em função do fluxo salivar não estimulado.

		Cárie Dentária		
		Não	Sim	Total
FSNE Normal	Contagem	33	19	52
	%	63,5%	36,5%	100%
	Valor residual	3,4	-3,4	0
Hipossalivação	Contagem	3	15	18
	%	16,7%	83,3%	100%
	Valor residual	-3,4	3,4	0
Total	Contagem	36	34	70
	%	51,4%	48,6%	100%

$$X^2 = 11,722; p = 0,001; \phi = 0,409 (p = 0,001)$$

## 2.2. Erosão Dentária

A análise da erosão dentária, demonstrou diferenças significativas no número de doentes afetadas ( $p < 0,0005$ ;  $\phi = 0,496$ ) (Tabela XIV), apesar da maioria das doentes contrariar a tendência estatística do grupo (valor residual = - 4,1).

A localização das lesões de erosão limitou-se às superfícies linguais dos dentes anterosuperiores.

Tabela XIV: Análise da distribuição dos sujeitos com lesões de erosão dentária em função dos distúrbios alimentares.

		Erosão Dentária		
		Não	Sim	Total
Grupo CT	Contagem	38	0	38
	%	100%	0%	100%
	Valor residual	4,1	-4,1	0
Grupo DA	Contagem	20	12	32
	%	62,5%	37,5%	100%
	Valor residual	-4,1	4,1	0
Total	Contagem	58	12	70
	%	82,9%	17,1%	100%

$$X^2 = 17,20; p < 0,0005; \phi = 0,496 (p < 0,0005)$$



A análise demonstrou uma relação entre a erosão dentária e o vômito (Tabela XV), uma vez que a maioria das doentes do grupo com indução do vômito apresentava estas lesões ( $p < 0,0005$ ;  $\phi = 0,695$ ).

No grupo com indução do vômito detetou-se uma paciente com lesões de grau 1 (lesão de erosão limitada ao esmalte) e 10 doentes com lesões de grau 2 (lesão de erosão que atinge a dentina). Não se registaram lesões de grau 3 (lesão de erosão que atinge a polpa dentária) em nenhuma doente.

A doente do grupo sem indução do vômito com lesões de erosão, de grau 2, apresentava refluxo gastroesofágico.

Tabela XV: Análise da distribuição dos sujeitos com lesões de erosão dentária em função da indução do vômito.

		Erosão Dentária		
		Não	Sim	Total
Grupo SV	Contagem	16	1	17
	%	94,1%	5,9%	100%
	Valor residual	3,9	-3,9	0
Grupo V	Contagem	4	11	15
	%	26,7%	73,3%	100%
	Valor residual	-3,9	3,9	0
Total	Contagem	20	12	32
	%	62,5%	37,5%	100%

$$X^2 = 15,48; p < 0,0005; \phi = 0,695 (p < 0,0005)$$

### 2.3. Sensibilidade Dentária

A análise da sensibilidade dentária demonstrou diferenças significativas no número de doentes com sensibilidade dentária ( $p < 0,0005$ ;  $\phi = 0,538$ ) (Tabela XVI). Os dados demonstram que a maioria das doentes mencionou este sintoma.

Tabela XVI: Análise da distribuição dos sujeitos que relataram sensibilidade dentária em função dos distúrbios alimentares.

		Sensibilidade Dentária		
		Não	Sim	Total
Grupo CT	Contagem	31	7	38
	%	81,6%	18,4%	100%
	Valor residual	4,5	-4,5	0
Grupo DA	Contagem	9	23	32
	%	28,1%	71,9%	100%
	Valor residual	-4,5	4,5	0
Total	Contagem	40	30	70
	%	57,1%	42,9%	100%

$$X^2 = 20,27; p < 0,0005; \phi = 0,538 (p < 0,0005)$$

A análise dos dados demonstrou uma relação entre a sensibilidade dentária e o vômito ( $p = 0,011$ ;  $\phi = 0,448$ ) (Tabela XVII).

Constatou-se que a maioria dos indivíduos do grupo sem indução do vômito contrariaram a tendência estatística ao referir sensibilidade dentária (valor residual = - 2,5).

Tabela XVII: Análise da distribuição dos sujeitos que relataram sensibilidade dentária em função da indução do vômito.

		Sensibilidade Dentária		
		Não	Sim	Total
Grupo SV	Contagem	8	9	17
	%	47,1%	52,9%	100%
	Valor residual	2,5	-2,5	0
Grupo V	Contagem	1	14	15
	%	6,7%	93,3%	100%
	Valor residual	-2,5	2,5	0
Total	Contagem	9	23	32
	%	28,1%	71,9%	100%

$$X^2 = 6,432; p = 0,011; \phi = 0,448 (p = 0,011)$$

## 2.4. Abrasão Dentária e Atrição Dentária

Os resultados não demonstraram diferenças significativas no número de indivíduos com lesões de abrasão ( $p = 0,118$ ) (Tabela XVIII) e de atrição dentária ( $p = 0,272$ ) (Tabela XIX) entre os grupos de estudo.

Tabela XVIII: Análise da distribuição dos sujeitos com lesões de abrasão dentária em função dos distúrbios alimentares.

		Abrasão Dentária		
		Não	Sim	Total
Grupo CT	Contagem	38	0	38
	%	100%	0%	100%
	Valor residual	1,6	-1,6	0
Grupo DA	Contagem	30	2	32
	%	93,8%	6,3%	100%
	Valor residual	-1,6	1,6	0
Total	Contagem	68	2	70
	%	97,1%	2,9%	100%

$$X^2 = 2,445; p = 0,118$$

Tabela XIX: Análise da distribuição dos sujeitos com lesões de atrição dentária em função dos distúrbios alimentares.

		Atrição Dentária		
		Não	Sim	Total
Grupo CT	Contagem	38	0	38
	%	100%	0%	100%
	Valor residual	1,1	-1,1	0
Grupo DA	Contagem	31	1	32
	%	96,9%	3,1%	100%
	Valor residual	-1,1	1,1	0
Total	Contagem	69	1	70
	%	98,6%	1,4%	100%

$$X^2 = 1,205; p = 0,272$$

### III. Alterações Periodontais

A análise dos dados revelou diferenças significativas no número de doentes com doença periodontal, comparativamente com o grupo de controlo ( $p < 0,0005$ ;  $\phi = 0,614$ ) (Tabela XX).

No grupo com distúrbios alimentares registaram-se 2 casos com gengivite e 18 casos com periodontite ( $n=18$ ). No grupo de controlo registaram-se 2 casos de periodontite, com recessões gengivais localizadas ao nível dos incisivos inferiores.

Nesta amostra verificou-se maior número de doentes fumadoras. No total das 32 doentes, 9 eram fumadoras e 3 eram ex-fumadoras. No grupo de controlo 4 participantes eram fumadoras e as restantes nunca tinham fumado.

Tabela XX: Análise da distribuição dos sujeitos com doença periodontal em função dos distúrbios alimentares.

		Doença Periodontal		
		Saudável	Doença	Total
Grupo CT	Contagem	36	2	38
	%	94,7%	5,3%	100%
	Valor residual	5,1	-5,1	0
Grupo DA	Contagem	12	20	32
	%	37,5%	62,5%	100%
	Valor residual	-5,1	5,1	0
Total	Contagem	48	22	70
	%	68,6%	31,4%	100%

$$X^2 = 26,407; p < 0,0005; \phi = 0,614 (p < 0,0005)$$

Os resultados não demonstraram relação entre a doença periodontal e o vómito ( $p = 0,647$ ) (Tabela XXI).

Constatou-se que a maioria das doentes do grupo sem indução do vómito apresentavam doença periodontal, contrariando a tendência estatística do grupo (valor residual = - 0,5).

Tabela XXI: Análise da distribuição dos sujeitos com doença periodontal em função da indução do vômito.

		Doença Periodontal		
		Saudável	Doença	Total
Grupo SV	Contagem	7	10	17
	%	41,2%	58,8%	100%
	Valor residual	0,5	-0,5	0
Grupo V	Contagem	5	10	15
	%	33,3%	66,7%	100%
	Valor residual	-0,5	0,5	0
Total	Contagem	12	20	32
	%	37,5%	62,5%	100%

$$X^2 = 0,209; p = 0,647$$

#### IV. Alterações das Glândulas Salivares

##### 4.1. Sialose

Não se detetou nenhum caso com sialose na amostra de estudo.

##### 4.2. Xerostomia e Dificuldades nas Funções da Cavidade Oral

A análise dos dados demonstrou diferenças significativas na xerostomia referida pelos pacientes com distúrbios alimentares ( $p < 0,0005$ ;  $\phi = 0,609$ ) (Tabela XXII).

A maioria das doentes referiu que sentia a boca seca durante o dia.

Tabela XXII: Análise da distribuição dos sujeitos com xerostomia em função dos distúrbios alimentares.

		Xerostomia		
		Não	Sim	Total
Grupo CT	Contagem	37	1	38
	%	97,4%	2,6%	100%
	Valor residual	5,1	-5,1	0
Grupo DA	Contagem	14	19	33
	%	42,4%	57,6%	100%
	Valor residual	-5,1	5,1	0
Total	Contagem	51	20	71
	%	71,8%	28,2%	100%

$$X^2 = 26,351; p < 0,0005; \phi = 0,609 (p < 0,0005)$$

Verificaram-se diferenças significativas no número de doentes que sentiu dificuldades na realização das funções da cavidade oral, devido à sensação de boca seca ( $p < 0,0005$ ;  $\phi = 0,508$ ) (Tabela XXIII).

Constatou-se que a maioria das doentes contrariou a tendência estatística do grupo ao referir este sintoma (valor residual = - 4,3).

Tabela XXIII: Análise da distribuição dos sujeitos com dificuldades na realização das funções da cavidade oral em função dos distúrbios alimentares.

		Dificuldades nas funções da cavidade oral		
		Não	Sim	Total
Grupo CT	Contagem	38	0	38
	%	100%	0%	100%
	Valor residual	4,3	-4,3	0
Grupo DA	Contagem	20	13	33
	%	60,6%	39,4%	100%
	Valor residual	-4,3	4,3	0
Total	Contagem	58	13	71
	%	81,7%	18,3%	100%

$$X^2 = 18,325; p < 0,0005; \phi = 0,508 (p < 0,0005)$$

#### 4.3. Fluxo Salivar Não Estimulado

Os valores obtidos no TSM permitiram calcular a média do FSNE de cada grupo. O grupo de controlo apresentou uma média de  $33,11 \pm 4,47$  mm, com valores compreendidos entre 11 mm e 35 mm. O grupo com distúrbios alimentares apresentou uma média de  $24,00 \pm 9,97$  mm, com valores compreendidos entre 9 mm e 35 mm.

Os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significativas no FSNE dos dois grupos ( $p < 0,0005$ ) (Tabela XXIV).

Tabela XXIV: Comparação dos valores de FSNE, avaliados através do TSM, entre o grupo de controlo e o grupo com distúrbios alimentares.

	Teste de Levene		Teste T						
	F	Sig.	t	df	Sig.	Dif. média	Dif. dp	95% de intervalo de confiança da diferença	
								Inferior	Superior
TSM Não se assume a homogeneidade das variáveis	57,705	0,000	4,842	43,027	0,000	9,105	1,880	5,313	12,897

Através do TSM verificou-se que a maioria das doentes apresentava hipossalivação ( $p < 0,0005$ ;  $\phi = 0,585$ ) (Tabela XXV).

Tabela XXV: Análise da distribuição dos sujeitos com hipossalivação no FSNE em função dos distúrbios alimentares.

		Hipossalivação		
		Não	Sim	Total
Grupo CT	Contagem	37	1	38
	%	97,4%	2,6%	100%
	Valor residual	4,9	-4,9	0
Grupo DA	Contagem	15	18	33
	%	45,5%	54,5%	100%
	Valor residual	-4,9	4,9	0
Total	Contagem	52	19	71
	%	73,2%	26,8%	100%

$$X^2 = 24,287; p < 0,0005; \phi = 0,585 (p < 0,0005)$$

Os resultados demonstraram uma relação entre a hipossalivação e a toma de medicação com efeito xerostomizante ( $p = 0,002$ ;  $\phi = 0,375$ ) (Tabela XXVI).

A maioria das doentes do grupo que toma medicação xerostomizante apresentou valores de FSNE indicativos de hipossalivação.

Tabela XXVI: Análise da distribuição dos sujeitos com hipossalivação em função da toma de medicação xerostomizante. Grupo SMX: grupo que não toma medicação xerostomizante; Grupo MX: grupo que toma medicação xerostomizante.

		Hipossalivação		
		Não	Sim	Total
Grupo SMX	Contagem	42	8	50
	%	84%	16%	100%
	Valor residual	3,2	-3,2	0
Grupo MX	Contagem	10	11	21
	%	47,6%	52,4%	100%
	Valor residual	-3,2	3,2	0
Total	Contagem	52	19	71
	%	73,2%	26,8%	100%

$X^2 = 9,987$ ;  $p = 0,002$ ;  $\phi = 0,375$  ( $p = 0,002$ )

## V. Alterações Periorais e da Mucosa Oral

### 5.1. Queilite Actínica, Candidíase Oral e Lesões no Palato Mole

Não se verificou nenhum caso com estas alterações na amostra de estudo.

### 5.2. Queilite Esfoliativa

A análise dos dados não demonstrou diferenças estatisticamente significativas no número de doentes com lesões de queilite esfoliativa ( $p = 0,058$ ) (Tabela XXVII).



Tabela XXVII: Análise da distribuição dos sujeitos com queilite esfoliativa em função dos distúrbios alimentares.

		Queilite Esfoliativa		
		Não	Sim	Total
Grupo CT	Contagem	38	0	38
	%	100%	0%	100%
	Valor residual	1,9	-1,9	0
Grupo DA	Contagem	30	3	33
	%	90,9%	9,1%	100%
	Valor residual	-1,9	1,9	0
Total	Contagem	68	3	71
	%	95,8%	4,2%	100%

$$X^2 = 3,607; p = 0,058$$

### 5.3. Queilite Angular

Os resultados demonstraram diferenças significativas no número de doentes com queilite angular ( $p = 0,013$ ;  $\phi = 0,295$ ) (Tabela XXVIII).

Constatou-se que a maioria das doentes contrariou a tendência estatística do grupo (valor residual = - 2,5).

Tabela XXVIII: Análise da distribuição dos sujeitos com queilite angular em função dos distúrbios alimentares.

		Queilite Angular		
		Não	Sim	Total
Grupo CT	Contagem	38	0	38
	%	100%	0%	100%
	Valor residual	2,5	-2,5	0
Grupo DA	Contagem	28	5	33
	%	84,8%	15,2%	100%
	Valor residual	-2,5	2,5	0
Total	Contagem	66	5	71
	%	93,0%	7,0%	100%

$$X^2 = 6,194; p = 0,013; \phi = 0,295$$

#### 5.4. Sensação de Ardência na Cavidade Oral

Verificaram-se diferenças significativas no número de doentes com sensação de ardência na cavidade oral ( $p = 0,027$ ;  $\phi = 0,262$ ) (Tabela XXIX).

A maioria das doentes contrariou a tendência estatística do grupo, uma vez que não mencionaram este sintoma (valor residual = - 2,2).

Tabela XXIX: Análise da distribuição dos sujeitos com sensação de ardência na cavidade oral em função dos distúrbios alimentares.

		Sensação de Ardência		
		Não	Sim	Total
Grupo CT	Contagem	38	0	38
	%	100%	0%	100%
	Valor residual	2,2	-2,2	0
Grupo DA	Contagem	29	4	33
	%	87,9%	12,1%	100%
	Valor residual	-2,2	2,2	0
Total	Contagem	67	4	71
	%	94,4%	5,6%	100%

$X^2 = 4,881$ ;  $p = 0,027$ ;  $\phi = 0,262$  ( $p = 0,027$ ).

Os resultados não demonstraram correlação entre a sensação de ardência e a indução do vômito ( $p = 0,948$ ) (Tabela XXX), tendo-se constatado que as doentes do grupo com indução do vômito contrariam a tendência estatística (valor residual = - 0,1).

Tabela XXX: Análise da distribuição dos sujeitos com sensação de ardência na cavidade oral em função da indução do vômito.

		Sensação de Ardência		
		Não	Sim	Total
Grupo SV	Contagem	15	2	17
	%	88,2%	11,8%	100%
	Valor residual	0,1	-0,1	0
Grupo V	Contagem	14	2	16
	%	87,5%	12,5%	100%
	Valor residual	-0,1	0,1	0
Total	Contagem	29	4	33
	%	87,9%	12,1%	100%

$$X^2 = 0,004; p = 0,948$$

### 5.5. Língua Fissurada

A análise não demonstrou diferenças significativas no número de doentes com língua fissurada, comparativamente com o grupo de controlo ( $p = 0,919$ ) (Tabela XXXI).

Tabela XXXI: Análise da distribuição dos sujeitos com língua fissurada em função dos distúrbios alimentares.

		Língua Fissurada		
		Não	Sim	Total
Grupo CT	Contagem	37	1	38
	%	97,4%	2,6%	100%
	Valor residual	-0,1	0,1	0
Grupo DA	Contagem	32	1	33
	%	97,0%	3,0%	100%
	Valor residual	0,1	-0,1	0
Total	Contagem	69	2	71
	%	97,2%	2,8%	100%

$$X^2 = 0,10; p = 0,919$$

## 5.6. Líquen Plano

Não se verificaram diferenças significativas no número de doentes com líquen plano, comparativamente com o grupo de controlo ( $p = 0,280$ ) (Tabela XXXII).

Tabela XXXII: Análise da distribuição dos sujeitos com líquen plano em função dos distúrbios alimentares.

		Líquen Plano		
		Não	Sim	Total
Grupo CT	Contagem	38	0	38
	%	100%	0%	100%
	Valor residual	1,1	-1,1	0
Grupo DA	Contagem	32	1	33
	%	97,0%	3,0%	100%
	Valor residual	-1,1	1,1	0
Total	Contagem	69	1	71
	%	98,6%%	1,4%	100%

$X^2 = 1,168$ ;  $p = 0,280$

## IV. Discussão

Os estudos realizados têm fornecido muitas informações que sugerem uma relação entre os distúrbios alimentares e o desenvolvimento de alterações na cavidade oral. Desta forma, esta investigação tem como objetivo analisar as manifestações orofaciais detetadas nas doentes incluídas neste estudo.

A aplicação e análise das respostas ao EDE-Q foi fundamental para assegurar que as participantes do grupo de controlo não apresentavam história ou risco de sofrer de distúrbios alimentares.

A história clínica das participantes com distúrbios alimentares evidenciou a tendência de algumas doentes para migrar entre a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Conforme mencionado anteriormente, este fluxo migratório sugere a existência de mecanismos comuns entre as PCA (5,14,24).

O IMC mínimo considerado normal para um adulto é  $\geq 18,5 \text{ Kg/m}^2$ . Este valor foi estabelecido pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e pela OMS (2,10,37). Todas as doentes com bulimia nervosa, incluídas nesta investigação, apresentaram um IMC  $> 18,99 \text{ Kg/m}^2$ , estando descritos casos que podem apresentar sobrepeso (2,10,13). Deste modo, o peso corporal aparente não deve ser fator de exclusão deste distúrbio alimentar.

A presença de comorbidades nestes doentes é frequente (2,5,20) e, por este motivo, a equipa de investigação não definiu como critério de exclusão a presença de outras patologias sistémicas nas doentes com distúrbios alimentares. No entanto, é necessário ter em consideração que outras patologias sistémicas também podem, eventualmente, originar alterações na cavidade oral (38). Com base nesta premissa, optou-se por não excluir as participantes do grupo de controlo que referissem patologias sistémicas, desde que coincidentes com as outras patologias das doentes analisadas nesta investigação.

## *I. Cuidados com a Saúde Oral*

### *Escovagem Dentária, Meios Auxiliares de Higiene Oral, Fontes Adicionais de Flúor*

Relativamente à frequência de escovagem verificou-se que a maioria das doentes referiu escovar os dentes mais vezes do que as participantes do grupo de controlo e que há mais doentes a escovar os dentes quatro ou mais vezes por dia (Figura 2).

A maioria das doentes utiliza meios adicionais de higiene oral (Tabela VII), mas não aplica fontes adicionais de flúor (Tabela VIII).

No entanto, uma doente referiu não escovar os dentes nem ter nenhum cuidado com a saúde oral. Esta participante apresentava uma saúde oral muito debilitada.

De modo geral, constatou-se que a maioria das doentes se preocupa com a sua saúde oral, adotando comportamentos corretos. Face a estes resultados pode suspeitar-se que as doentes tenham conhecimento do impacto dos distúrbios alimentares na saúde oral.

Nos seus estudos, Johansson *et al.* (2012) e Traebert *et al.* (2001) alertaram para os comportamentos obsessivo-compulsivos apresentados por alguns destes doentes. Referiram que estes comportamentos se podem refletir numa higiene oral bastante meticulosa, repetitiva e acompanhada de escovagem agressiva. Estes doentes devem ser alertados para as consequências decorrentes de uma escovagem agressiva, principalmente quando aplicada imediatamente após o vómito (8,24).

A literatura também refere a necessidade de educar e motivar, para a saúde oral, os doentes que apresentam uma higiene oral deficiente e índice de cárie elevado (8,14).

### *Distúrbio Alimentar e o Médico Dentista*

A maioria das doentes referiu que não informou o seu médico dentista acerca da sua perturbação do comportamento alimentar (Tabela IX). As diferenças entre os grupos não foram significativas, mas é necessário ter em consideração a reduzida amostra incluída na análise desta variável.

Esta variável foi analisada em função do vómito, uma vez que Little *et al.* (2002) sugeriram que os indivíduos que induziam o vómito poderiam ser identificados com maior facilidade durante o exame intraoral, uma vez que poderiam apresentar mais manifestações intraorais.

Os resultados desta investigação estão de acordo com a literatura consultada, que salienta que estes doentes tendem a ocultar ou a negar a doença, provavelmente por sentimento de culpa, vergonha e desconforto relativamente aos seus comportamentos (2,5,11,17,24,31,35).

No estudo de Johansson *et al.* (2012) e Öhrn *et al.* (1999) alguns indivíduos que induziam o vômito referiram que evitavam as consultas regulares de medicina dentária, por receio de terem de revelar a sua doença ao médico dentista.

### *Cuidados com a Cavidade Oral Após o Vômito*

Os resultados demonstraram que a maioria das pacientes adotou um comportamento correto ao realizar bochechos com água imediatamente após o vômito (Figura 4). No entanto, também se verificou uma elevada percentagem de doentes que escova os dentes imediatamente após o vômito. Apenas uma minoria realiza bochechos com soluções neutralizadoras de ácidos.

Face a estes resultados, pode suspeitar-se que a adoção de comportamentos incorretos poderá estar relacionada com a omissão deste comportamento aos profissionais de saúde oral.

No estudo de Öhrn *et al.* (1999) a maioria dos doentes referia que não escovava os dentes imediatamente após o vômito, porque tinham sido informados acerca dos possíveis danos para a estrutura dentária.

A escovagem, imediatamente após o vômito, pode potenciar a erosão dentária resultante da regurgitação (30).

De modo a prevenir a adoção de comportamentos prejudiciais, o médico dentista deve recomendar aos doentes que, imediatamente após o vômito, realizem bochechos vigorosos com soluções neutralizadoras de ácidos, como bicarbonato de sódio, hidróxido de magnésio, ou com água, para neutralizar o pH da cavidade oral (8,13,14,30,39).

## II. Alterações Dentárias

### Cárie Dentária

Os resultados demonstraram índices CPO-S e CPO-D significativamente mais elevados no grupo com distúrbios alimentares (Tabela X) e mais doentes com lesões ativas de cárie dentária (Tabela XI).

A análise da cárie dentária em função do vómito (Tabela XII) não demonstrou diferenças significativas, uma vez que a maioria das doentes, dos dois grupos, apresentavam lesões de cárie. Estes resultados são sugestivos da etiologia multifatorial da cárie dentária.

Os resultados demonstraram uma relação entre a cárie dentária e o fluxo salivar não estimulado (Tabela XIII), uma vez que se verificaram significativamente mais indivíduos com hipossalivação e com cárie dentária. No entanto, é necessário ter em consideração que a divisão dos indivíduos consoante o FSNE juntou, no mesmo grupo, indivíduos com e sem distúrbios alimentares. O grupo com hipossalivação foi composto por 17 doentes e 1 participante do grupo de controlo. O grupo com FSNE normal foi composto por 37 participantes do grupo de controlo e 15 doentes. Esta forma de organizar os indivíduos pode ter influenciado os resultados, uma vez que se já se tinha verificado que o grupo de controlo apresentava significativamente menos indivíduos com cárie dentária.

Noutros estudos analisaram-se os índices CPO-S e CPO-D e o número de doentes com cárie, mas nenhum averiguou a existência de uma relação entre a cárie e o vómito ou entre a cárie e o fluxo salivar.

No estudo de Jugale *et al.* (2014) detetaram maior número de indivíduos com lesões de cárie dentária no grupo com suspeita de anorexia ou bulimia nervosa. A amostra deste estudo não incluiu indivíduos com diagnóstico médico de distúrbio alimentar. As participantes foram consideradas suspeitas de apresentarem anorexia nervosa ou bulimia nervosa após responderem ao SCOFF *Questionnaire*.

Öhrn *et al.* (1999) verificaram que os doentes apresentaram índice CPO-S mais elevado, com diferenças significativas relativamente ao grupo de controlo. Neste estudo, a avaliação de cárie incluiu o registo do CPO-S (OMS, 1987) e a realização de exames radiográficos (4 *bitewings*). A realização de radiografias torna o registo mais rigoroso, uma vez que permite observar lesões de cárie indetetáveis no exame visual.

Bretz *et al.* (1989) verificou um índice CPO-S mais elevado nos indivíduos com distúrbios alimentares, mas sem diferenças significativas. Contudo, a amostra de estudo era muito reduzida e o critério de seleção dos indivíduos para os dois grupos de controlo



(grupo de controlo positivo e grupo de controlo negativo) teve, unicamente, em consideração os níveis de *Streptococcus mutans* presentes na saliva.

Johansson *et al.* (2012) não verificaram diferenças significativas entre o CPO-S e o CPO-D dos dois grupos. Neste estudo utilizaram diferentes instalações para avaliar os grupos de estudo, realizaram radiografias, excluíram os terceiros molares do exame intraoral e procederam à higienização profissional supragengival das peças dentárias previamente à sua análise. A metodologia adotada neste estudo poderá ter influenciado os resultados obtidos.

Lifante-Oliva *et al.* (2008) obtiveram resultados inconclusivos. Verificaram que os valores do índice CPO-D se encontravam dentro dos limites normais para a idade das participantes. Este estudo não incluiu a avaliação de um grupo de controlo e a amostra, para além de muito reduzida, era constituída por doentes mais jovens, que referiram elevado número de escovagens diárias.

Ao analisar os resultados dos estudos publicados verificam-se inconsistências sobre a prevalência da cárie dentária nos indivíduos com distúrbios alimentares. Os resultados conflituosos poderão ser justificados pelas metodologias adotadas e etiologia multifatorial da cárie dentária. O desenvolvimento da cárie está dependente da interação de vários fatores, como a cariogenicidade da dieta, higiene oral, composição da microflora oral e das características da saliva.

Desta forma, são necessários novos estudos que incluam a análise dos múltiplos fatores envolvidos na etiologia da cárie, para que se possa esclarecer o impacto que os distúrbios alimentares apresentam na incidência e prevalência desta patologia.

### *Erosão Dentária*

Apesar da maioria das doentes com distúrbios alimentares não apresentar lesões de erosão, os resultados sugerem que estas pacientes apresentam maior tendência para desenvolver estas lesões (Tabela XIV), especialmente se induzirem o vômito (Tabela XV).

A localização das lesões detetadas é consistente com um quadro de perimólise e com a atuação de agentes químicos de origem interna, como o contacto do ácido gástrico com as estruturas da cavidade oral (40,41). O refluxo gastroesofágico poderá justificar as lesões de erosão detetadas na doente do grupo sem indução do vômito (41).

A única doente com lesões de grau 1 induziu o vômito durante 8 meses, duas vezes por dia, sendo a participante com menor duração do hábito de indução do vômito.

No estudo de Jugale *et al.* (2014) também verificaram diferenças significativas entre o grupo suspeito de distúrbios alimentares e o grupo de controlo. Uma vez que nesse estudo ninguém referiu o hábito de indução do vômito, os autores colocaram a hipótese das diferenças estarem relacionadas com o consumo excessivo ou prolongado de alimentos ácidos. Contudo, conforme referido anteriormente, também se pode suspeitar da omissão desta informação por parte das participantes.

A amostra do estudo de Uhlen *et al.* (2014) incluiu, apenas, indivíduos que induziam o vômito. Verificaram que nem todos os doentes apresentavam lesões de erosão e que as lesões mais graves afetavam os indivíduos com maior duração do vômito. Tiveram em conta o consumo de alimentos ácidos, mas verificaram mais lesões e maior severidade no grupo com menor consumo de alimentos ácidos. Nessa investigação, apesar terem verificado uma relação entre a erosão e a duração do vômito, não tiveram em consideração a frequência deste hábito. Seria interessante comparar a frequência de indução do vômito entre os indivíduos que não apresentavam erosão e os que apresentavam.

Johansson *et al.* (2012) detetaram muitos doentes com lesões muito próximas da exposição dentinária e que atingiam a dentina. O método adotado incluiu exame visual da cavidade oral e análise de modelos. Nesse estudo também verificaram relação entre a indução do vômito e erosão dentária, mas não referiram o critério utilizado para agrupar os indivíduos em função deste hábito, nem mencionaram a duração e a frequência verificada na amostra.

No estudo de Emodi-Perlman *et al.* (2008) verificaram diferenças significativas no número e severidade das lesões de erosão apresentadas pelo grupo com indução do vômito. A amostra desse estudo foi composta por doentes hospitalizadas e o critério aplicado para agrupar os indivíduos consoante a indução do vômito não garantiu que todas as pacientes que induziam o vômito fossem incluídas neste grupo.

Lifante-Oliva *et al.* (2008) verificaram que a maioria dos doentes apresentava lesões de erosão dentária. As lesões registadas limitaram-se ao grau 1, ou seja, lesões limitadas ao esmalte. Nessa investigação a amostra é muito reduzida e não se tiveram em consideração a existência de indução do vômito.

Dynesen *et al.* (2008) detetaram diferenças significativas no número de lesões de erosão. Verificaram uma correlação entre a erosão e a idade, mas não detetaram relação com a frequência do vômito. As avaliações decorreram nas instalações de uma clínica dentária e a avaliação da erosão foi realizada a partir de modelos e fotografias intraorais. Nesse estudo não tiveram em conta a duração da indução do vômito.

Öhrn *et al.* (1999) detetaram lesões de erosão no grupo de controlo e grupo de estudo. No entanto, a prevalência e severidade das lesões detetadas revelou-se

significativamente maior nos doentes com distúrbios alimentares. Nesse estudo a avaliação da erosão foi feita a partir dos modelos e fotografias intraorais de cada participante, por dois avaliadores que teriam de estar em consenso.

Os estudos têm demonstrado relação entre a erosão dentária e a indução do vômito. No entanto, devido à sua etiologia multifatorial, a sua presença não pode ser completamente atribuída aos distúrbios alimentares e à indução do vômito.

Na análise dos resultados é necessário ter em consideração que qualquer fator que diminuía o pH da cavidade oral para valores inferiores a 5,5 pode ser responsável pelo desenvolvimento de lesões de erosão nas superfícies dentárias (11,42).

### *Sensibilidade Dentária*

Estes resultados sugerem que as doentes apresentam maior suscetibilidade para sofrerem de sensibilidade dentária (Tabela XVI), especialmente nas que induziam o vômito (Tabela XVII). Estas doentes poderão apresentar maior suscetibilidade para a sensibilidade dentária, uma vez que este sintoma pode ser uma manifestação secundária à cárie e erosão dentária (1,13,14). Recorda-se que estas alterações se demonstraram muito prevalentes nas doentes avaliadas durante esta investigação.

Jugale *et al.* (2014) verificaram significativamente mais sensibilidade dentária nos doentes. O método adotado consistiu na aplicação de calor e avaliação da resposta de cada dente. Este estudo é dos poucos que adota um método para avaliar a sensibilidade dentária. No entanto, este sintoma pode surgir com outros estímulos que não foram contemplados neste estudo, como o frio.

Emodi-Perlman *et al.* (2008) só verificaram diferenças significativas na sensibilidade dentária referida pelos indivíduos que induziam o vômito. Nesse estudo, a avaliação da sensibilidade dentária baseou-se nos relatos dos participantes e recorda-se que o critério utilizado para formar o grupo com indução do vômito não garantiu a inclusão de todos os doentes com este comportamento nesse grupo.

Johansson *et al.* (2012) não verificaram diferenças na sensibilidade dentária relatada em função da doença, nem em função do vômito. Nesse estudo, a avaliação da sensibilidade dentária baseou-se nos relatos dos participantes e os autores não referiram a duração ou frequência da indução do vômito.

Ao analisar os resultados dos estudos é necessário ter em consideração que a sensibilidade dentária apresenta etiologia multifatorial e que, por este motivo, a sua presença não pode ser completamente atribuída aos distúrbios alimentares (1,13,14).

Para além disso, a avaliação baseada no relato dos participantes apresenta maior subjetividade. No entanto, é difícil selecionar um método que seja simultaneamente adequado e prático de aplicar durante a realização dos estudos epidemiológicos.

### *Abrasão Dentária e Atrição Dentária*

Os resultados não sugeriram maior tendência para as doentes apresentarem lesões de abrasão (Tabela XVIII) ou de atrição dentária (Tabela XIX).

A paciente que apresentava lesões de abrasão e atrição tinha mais de 40 anos de idade e 29 anos de duração da doença, e induziu o vômito durante 22 anos, pelo menos 4 vezes por dia. Referiu nunca escovar os dentes e apresentava um elevado número de dentes ausentes. A falta de cuidados com a saúde oral, a agressão crónica provocada pelo ácido gástrico e o desequilíbrio oclusal poderão ter contribuído para o desenvolvimento destas lesões.

A outra doente com lesões de abrasão, também com idade superior a 40 anos e 29 anos de duração do distúrbio alimentar, não tinha história de indução do vômito e apresentava uma frequência e duração da escovagem inferior à maioria das participantes com distúrbios alimentares. No entanto, seria interessante avaliar a técnica e a intensidade da escovagem desta doente.

Jugale *et al.* (2014) e Johansson *et al.* (2012) não verificaram diferenças significativas na prevalência destas alterações. No estudo de Johansson *et al.* (2012) apenas detetaram lesões de abrasão.

Nesses dois estudos os autores não referiram a frequência nem a duração da escovagem das participantes com lesões de abrasão, se induziam o vômito ou se escovavam os dentes imediatamente após a regurgitação.

Emodi-Perlman *et al.* (2008) detetaram diferenças muito significativas na presença e severidade das lesões de atrição. No entanto, as participantes desse estudo referiram o hábito diário, superior a 3 horas, de mastigar chiclete, e a amostra era constituída por doentes hospitalizadas, devido ao distúrbio alimentar, que apresentavam elevados níveis de ansiedade e depressão, avaliados durante o estudo.

### III. Alterações Periodontais

Os resultados sugerem maior tendência para as doentes apresentarem doença periodontal (Tabela XX), mas sem relação com o vômito (Tabela XXI).

Poderá supor-se que a prevalência aumentada da doença periodontal esteja relacionada com a desidratação dos tecidos moles da cavidade oral, consequentes à alteração nas funções glandulares, em conjunto com as deficiências nutricionais, especialmente hipovitaminose C, e deficiente higiene oral (4,7). Adicionalmente, verificou-se maior número de doentes fumadoras ou ex-fumadoras, sendo o tabaco um fator de risco conhecido da doença periodontal (34).

Back-Brito *et al.* (2012) verificaram que a gengivite e as recessões periodontais foram as alterações mais observadas nos doentes com distúrbios alimentares. No entanto, não referiram o método aplicado na avaliação da doença periodontal. A periodontite foi avaliada através da presença de recessões gengivais. Nessa investigação não avaliaram as profundidades de sondagem do sulco gengival, pelo que os indivíduos que eventualmente apresentariam bolsas periodontais não constaram nas estatísticas.

Johansson *et al.* (2012) constataram que o grupo com distúrbios alimentares apresentava menos hemorragia gengival do que grupo de controlo e justificaram-no colocando a hipótese de os doentes apresentarem comportamentos obsessivo-compulsivos, particularmente na intensidade e frequência da escovagem dentária. No entanto, estes parâmetros não foram avaliados nesse estudo.

Nenhum desses estudos averiguou os hábitos tabágicos dos participantes.

Os estudos têm demonstrado dados inconsistentes quanto à relação entre a doença periodontal e os distúrbios alimentares. Contudo, esta doença apresenta etiologia multifatorial, cujo início e progressão podem ser afetados pela composição da microflora oral, mecanismos de defesa do hospedeiro e mecanismos de reparação tecidual (4,13).

São necessários novos estudos, que avaliem os diferentes fatores envolvidos no desenvolvimento da doença periodontal, para esclarecer a influência dos distúrbios alimentares na sua incidência e prevalência.

### IV. Alterações das Glândulas Salivares

## *Sialose*

Conforme referido, não se detetou nenhum caso de sialose.

Apesar de ser uma manifestação incomum, de etiologia incerta, a maioria dos investigadores associa-a à má nutrição provocada pela indução do vômito, uma vez que é geralmente identificada em doentes que vomitam frequentemente. Contudo, também há autores que a associam a outros hábitos purgativos (4).

Jugale *et al.* (2014) e Back-Brito *et al.* (2012) também não detetaram sialose em nenhum doente avaliado. Relembra-se que no estudo de Jugale *et al.* (2014) as participantes não apresentavam diagnóstico confirmado de anorexia nervosa ou bulimia nervosa. No estudo de Back-Brito *et al.* (2012) a amostra incluiu pacientes com hábitos purgativos, mas não referiram o hábito adotado, nem a média de duração do distúrbio alimentar.

Johansson *et al.* (2012) detetaram diferenças significativas na presença de sialose nos indivíduos com distúrbios alimentares. No entanto, também não especificaram se esses indivíduos apresentavam hábitos purgativos, nem o tempo de duração da doença. Os autores apenas colocaram a hipótese de esta alteração ocorrer devido à desidratação e frequência do vômito.

Lifante-Oliva *et al.* (2008) detetaram sialose nas glândulas parótidas e submandibulares. Relembra-se que esse estudo não apresentava grupo de controlo e que a amostra, para além de muito reduzida, apenas incluiu doentes hospitalizadas, com manifestações provavelmente mais severas. Não referiram se estes indivíduos apresentavam hábitos purgativos, nem descrevem os hábitos adotados.

Ao analisar os resultados dos estudos é necessário ter em consideração que esta manifestação é inconsistente e que a sua ausência não exclui a existência de hábitos purgativos (24).

## *Xerostomia e Dificuldades nas Funções da Cavidade Oral*

A maioria das doentes referiu xerostomia ao longo do dia (Tabela XXII). No entanto, a maioria não mencionou dificuldades na realização das funções orais, devido à sensação de boca seca (Tabela XXIII).

A xerostomia poderá estar relacionada com longos períodos de jejum, com a acidez do vômito e com os fármacos administrados (30). Os antidepressivos são dos

fármacos mais utilizados no tratamento dos distúrbios alimentares e podem apresentar efeito xerostomizante (3,7,35,35).

Johansson *et al.* (2012) e Dynesen *et al.* (2008) também detetaram diferenças significativas na sensação de boca seca referida pelas doentes. No estudo de Johansson *et al.* (2012) apenas consideraram a sensação de boca seca referida pelas pacientes. No estudo de Dynesen *et al.* (2008) a xerostomia foi avaliada através da sensação de boca seca e das dificuldades mencionadas na realização das funções da cavidade oral.

Apesar destes parâmetros se referirem a sensações, ao analisar os resultados deve ter-se em consideração a subjetividade da avaliação baseada nos relatos dos participantes.

### *Hipossalivação*

A maioria das doentes apresentava hipossalivação (Tabela XXV), existindo uma relação entre esta alteração e a toma de medicação com efeito xerostomizante (Tabela XXVI). A diminuição do fluxo salivar pode favorecer o desenvolvimento de lesões de erosão, cárie dentária e doença periodontal (4,10,11,13). Recorda-se que estas alterações foram significativamente mais prevalentes nas doentes deste estudo.

Johansson *et al.* (2012) e Öhrn *et al.* (1999) não verificaram diferenças significativas no número de doentes com hipossalivação. No estudo de Johansson *et al.* (2012) foi aplicado um método diferente para medir o fluxo salivar e os autores não referiram a toma de medicação com efeito xerostomizante. No estudo de Öhrn *et al.* (1999) verificaram que, dos indivíduos com hipossalivação, apenas três tomavam medicação xerostomizante. No entanto, não referiram o método adotado para medir o fluxo salivar.

Lifante-Oliva *et al.* (2008) verificaram hipossalivação no fluxo salivar não estimulado em alguns doentes. Todos os pacientes desse estudo tomavam medicação xerostomizante e a medição do fluxo salivar teve em conta o ritmo circadiano.

No estudo de Dynesen *et al.* (2008) registaram mais doentes com hipossalivação no fluxo salivar não estimulado. Detetaram uma relação entre a medicação xerostomizante e a hipossalivação, mas não detetaram relação com a frequência de indução do vômito. A amostra reduzida deste estudo era exclusivamente constituída por indivíduos com bulimia nervosa, e a medição do fluxo salivar foi realizada após o

consumo de sumo de laranja e remoção profissional da placa bacteriana supragengival, fatores que poderão ter influenciado os resultados.

A literatura refere que os distúrbios alimentares podem, *per si*, reduzir a qualidade e quantidade da saliva secretada (4,35). Estas alterações também podem ser provocadas pela medicação com efeito xerostomizante, pela desidratação causada pela utilização de laxantes, diuréticos ou pela indução do vômito. Para além disso, o próprio processo de formação da saliva é afetado pela composição sanguínea e do fluido intersticial e pelo estado metabólico da glândula, que poderão estar alterados devido à má nutrição provocada pelos distúrbios alimentares (4,7,10,13,35).

#### *V. Alterações Periorais e da Mucosa Oral*

Nenhuma participante apresentou sinais indicativos de queilite actínica, candidíase ou lesões no palato mole.

Nenhum dos estudos encontrados incluiu a avaliação de lesões de queilite actínica. No entanto, esta manifestação foi contemplada nesta investigação, uma vez que Popoff *et al.* (2010) referiram que pode ser uma consequência da debilidade do sistema imunitário, provocada pela má nutrição nos indivíduos com distúrbio alimentar.

O estudo de Back-Brito *et al.* (2012) foi o único dos estudos encontrados que incluiu a avaliação de candidíase oral, mas não detetaram esta alteração em nenhum doente examinado. No entanto a amostra desse estudo era relativamente pequena.

A candidíase oral poderá estar relacionada com deficiências nutricionais, como ferro, vitaminas do grupo B e folatos (4,13,25).

Nenhum dos estudos encontrados pesquisou lesões no palato mole. No entanto, a sua avaliação foi incluída nesta investigação, uma vez que poderão resultar do trauma provocado pela utilização de objetos para induzir o vômito e pela acidez do conteúdo gástrico (4,7,13,25). As lesões traumáticas no palato mole não foram, provavelmente, detetadas, porque no total de doentes que induziam o vômito, apenas uma utilizava objetos para estimular o reflexo de vômito. As restantes mencionaram que o vômito já era espontâneo, não sendo necessário utilizar objetos.

#### *Queilite Angular*



Os resultados demonstraram que as doentes apresentavam maior tendência para desenvolver queilite angular (Tabela XXVIII). As deficiências nutricionais, o trauma e as alterações salivares poderão justificar esta suscetibilidade (4,13,43).

Jugale *et al.* (2014) detetaram lesões de queilite angular nos indivíduos do grupo de estudo e grupo de controlo, sem diferenças significativas. Contudo, o grupo de estudo é constituído por indivíduos suspeitos de sofrer de anorexia nervosa ou bulimia nervosa, sem diagnóstico médico confirmado.

Lifante-Oliva *et al.* (2008) apenas detetaram queilite angular nos doentes com bulimia nervosa. É necessário considerar a amostra reduzida deste estudo e ausência de informação quanto à indução do vómito.

#### *Sensação de Ardência na Cavidade Oral*

Os resultados demonstraram que as doentes referiram significativamente mais sensação de ardência (Tabela XXIX), mas sem correlação com o vómito (Tabela XXX). A literatura descreve que as deficiências vitamínicas e de ferro podem provocar uma atrofia generalizada da mucosa oral, que poderá ser responsável pela sensação de ardência (7). No entanto, não se detetou atrofia da mucosa oral em nenhuma participante deste estudo.

Johansson *et al.* (2012) verificaram diferenças significativas na sensação de ardência na língua, referida pelos doentes. Contudo, não referiram se esses pacientes apresentavam sinais de atrofia da mucosa oral ou indução do vómito.

Back-Brito *et al.* (2012) verificou que alguns doentes com distúrbios alimentares referiram sensação de ardência na mucosa jugal. No entanto, não se sabe quantos indivíduos induziam o vómito ou utilizavam laxantes, ou se apresentavam alterações na mucosa jugal que justificassem esta sintomatologia.

Recomendam-se mais estudos que avaliem a relação entre a sensação de ardência na cavidade oral e os distúrbios alimentares. Seria interessante investigar quais as alterações secundárias aos distúrbios alimentares que podem contribuir para o aparecimento deste sintoma.

#### *Queilite Esfoliativa, Língua Fissurada e Líquen Plano*

Não se verificaram diferenças significativas na prevalência destas alterações entre os grupos de estudo (Tabela XXVII, Tabela XXXI, Tabela XXXII).

No entanto, só se registou queilite esfoliativa nas participantes com distúrbios alimentares. Segundo Neville *et al.* (2002) a queilite esfoliativa é causada por trauma crónico nos lábios, como morder crónico do lábio. Refere que pode haver uma relação entre a presença desta lesão e alterações psiquiátricas (44).

Nenhum dos estudos encontrados mencionou estas alterações.

## VI. Conclusão

Com este trabalho conclui-se que, de forma geral, as participantes com distúrbios alimentares apresentavam mais alterações na cavidade oral, comparativamente ao grupo de controlo. Estes resultados evidenciam a relação existente entre a saúde geral e da cavidade oral, descrita na literatura. São de salientar as diferenças estatisticamente significativas obtidas através da análise dos parâmetros avaliados.

No que se refere aos cuidados com a saúde oral verificou-se que as doentes referiram maior frequência diária de escovagens dentárias e utilização de produtos fluoretados. No entanto, a maioria das doentes não informou o seu médico dentista sobre o seu distúrbio alimentar. A ocultação ou negação da doença e a adoção de comportamento incorretos poderá contribuir para o desenvolvimento e agravamento das complicações verificadas na cavidade oral destas doentes. Assim, nos casos suspeitos, o médico dentista deve ter a habilidade de abordar o assunto de forma a manter a confiança do doente e a obter informações acerca dos seus comportamentos alimentares.

Na avaliação das alterações dentárias verificou-se que o grupo com distúrbios alimentares apresentava índices CPO-S e CPO-D mais elevados e mais lesões ativas de cárie dentária. As lesões de erosão limitaram-se às participantes com distúrbios alimentares, verificando-se que a maioria apresentava lesões que atingiam a dentina.

A avaliação dos tecidos periodontais permitiu verificar que as participantes com distúrbios alimentares apresentavam mais doença periodontal, com maior número de casos de periodontite.

A maioria das doentes referiu xerostomia e dificuldades na realização das funções da cavidade oral, devido à sensação de boca seca. Verificou-se maior número de indivíduos com hipossalivação no grupo com distúrbios alimentares e uma relação positiva com a toma de medicação xerostomizante.

Não se detetaram participantes com queilite actínica, candidíase oral ou lesões no palato mole. Os resultados demonstraram ainda diferenças significativas relativamente às lesões de queilite angular, que se limitaram às participantes com distúrbios alimentares. Verificaram-se mais relatos de sensação de ardência por parte das doentes, mas sem correlação com o vómito.

Nesta investigação detetaram-se alterações que não estavam inicialmente contempladas no estudo, como a abrasão e atrição dentária, queilite esfoliativa, língua fissurada e líquen plano. No entanto, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos de estudo.

Os estudos publicados têm fornecido muitas informações acerca da saúde oral e das complicações orais detetadas nestes doentes. Apesar de haver resultados controversos e contraditórios, sabe-se que a deteção precoce destas alterações permite a adoção de estratégias preventivas, para evitar o desenvolvimento de novas lesões, e o controlo da progressão das lesões existentes. Deste modo, os doentes devem ser encorajados e educados a fazer controlos regulares de saúde oral, devendo ser informados dos danos que os distúrbios alimentares podem provocar nas estruturas orofaciais.

Globalmente, e apesar da evidência estatística dos resultados obtidos, será necessária a realização de mais estudos de investigação nesta área, nomeadamente abrangendo grupos experimentais com amostras de tamanho superior. Estes estudos deverão avaliar e relacionar as alterações detetadas com outros fatores envolvidos no seu desenvolvimento, de modo a que se consiga perceber a influência real dos distúrbios alimentares no desenvolvimento e progressão das complicações orais.

# Bibliografia

1. Jugale PV, Pramila M, Murthy AK, Rangath S. Oral Manifestations of Suspected Eating Disorders Among Women of 20-25 Years in Bangalore City, India. *J Health Popul Nutr.* 2014 Mar. 32(1): 46-50.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.* Arlington, VA. American Psychiatric Pub. 2013. ISBN: 978-0-89042-554-1.
3. Yagi T, Ueda H, Amitani H, Asakawa A, Miyawaki S, Inui A. The Role of Ghrelin, Salivary Secretions, and Dental Care in Eating Disorders. *Nutrients.* 2012 Aug 13. 4(8): 967-989.
4. Frydrych AM, Davies GR. Eating Disorders and Oral Health: A review of the literature. *Australian Dental Journal.* 2005 Mar. 50(1): 6-15.
5. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating Disorders. *The Lancet.* 2003 Feb 1. 361(9355): 407-416.
6. Bento C, Sarariva JMT, Pereira AT, Azevedo MHP, Santos AJFM. Atitudes e Comportamentos Alimentares em uma População Adolescente Portuguesa. *Pediatrics (São Paulo).* 2011 jan. 33(1): 21-28.
7. Misra N, Mehra A, Misra , Mehra J. Oral Manifestations of Eating Disorders. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology.* 2010 Oct/Dec. 22(4): S19-22.
8. Traebert J, Moreira EAM. Transtornos Alimentares de Ordem Comportamental e Seus Efeitos sobre a Saúde Bucal na Adolescência. *Pesqui Odontol Bras.* 2001 out./dez. 15(4): 359-363.
9. Gonçalves JA, Moreira EAM, Trindade EM, Fiates GMR. Transtornos Alimentares na Infância e na Adolescência. *Rev Paul Pediatr.* 2013 mar. 31(1): 96-103.
10. Amoras DR, Messias DCF, Ribeiro RPP, Tussi CP, Serra MC. Caracterização dos . Transtornos Alimentares e Suas Implicações na Cavidade Bucal. *Rev Odontol UNESP.* 2010 jul./ago. 39(4): 241-245.
11. Popoff DAV, Santos-Rosa TTA, Paula CF, Biondi CMF, Domingos MA, Oliveira SA. . Bulimia: Manifestações Bucais e Atenção Odontológica. *Rev Gaúcha Odontol.* 2010 jul./set. 58(3): 381-385.
12. Ricanati EH, Rome ES. Eating disorders: Recognize Early to Prevent Complications. . *Cleveland Clinic Journal of Medicine.* 2005 Oct. 72(10): 895-896.

- 13 Aranha ACC, Eduardo CP, Cordás TA. Eating Disorders Part I: Psychiatric . Diagnosis and Dental Implications. J Comtemp Dent Pract. 2008 Sep. 9(6): 73-81.
- 14 Little JW. Eating Disorders: Dental Implications. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. . 2002 Feb. 93(2): 138-143.
- 15 World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and . Related Health Problems 10th Revision. 2015 (Consultado: 2015 fev. 12. Disponivel em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F50.0>).
- 16 International Statistical Classification of Diseases. ICD10Data. 2015 (Consultado: . 2015 fev. 12. Disponivel em: <http://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/F01-F99/F50-F59/F50-/F50.02>).
- 17 Bonilla ED, Luna O. Oral Rehabilitation of a Bulimic Patient: A case report. . Quintessence Int. 2001. 32(6): 469-475.
- 18 Öhrn R, Enzel K, Angmar-Månsson B. Oral Status of 81 Subjects With Eating . Disorders. Eur J Oral Sci. 1999 Mar. 107(3): 157-163.
- 19 Öhrn R, Angmar-Månsson B. Oral Status of 35 Subjects With Eating Disorders – A . 1-year study. Eur J Oral Sci. 2000 Apr. 108(4): 275-280.
- 20 Back-Brito GN, Mota AJ, Bernardes LÂS, Takamune SS, Prado EGB, Cordás TA, . Balducci I, Nobrega F, Koga-Ito CY. Effects of Eating Disorders on Oral Fungal Diversity. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2012 Apr. 113(4): 512-517.
- 21 Silva M. Público. 2004 fev. 3 (Consultado: 2015 Abril 19. Disponivel em: . <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/numero-de-casos-de-anorexia-e-bulimia-crescem-em-portugal-1184958>.
- 22 Birmingham CL, Treasure J. Medical Managment of Eating Disorders. Second . Edition. Cambridge. 2010. ISBN: 978-0-521-72710-5.
- 23 Mehler PS. Bulimia Nervosa. N Eng J Med. 2003 Aug. 28. 349(9): 875-881.
- 24 Johansson AK, Norring C, Unell L, Johansson A. Eating Disorders and Oral Health: . a matched case–control study. Eur J Oral Sci. 2012 Feb. 120(1): 61-68.
- 25 DeBate RD, Tedesco LA, Kerschbaum WE. Knowledge of Oral and Physical . Manifestations of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Dentists and Dental Hygienists. Journal of Dental Education. 2005 Mar. 1. 69(3): 346-354.
- 26 Tournemire R. Binge Eating During Adolescence. Archives de pediatrie. 2013. . 20(11): 1265-1270.

- 27 Harwood P, Newton T. Dental Aspects of Bulimia Nervosa: Implications for the . Health Care Team. *European Eating Disorders Review*. 1995. 3(2): 93-102.
- 28 Uhlen MM, Tveit AB, Stenhagen K, Mulic A. Self-induced Vomiting and Dental . Erosion - a clinical study. *BMC Oral Health*. 2014. 14(1): 92.
- 29 Shaughnessy B, Feldman H, Cleveland R, Sonis A, Brown J, Gordon C. Oral Health . and Bone Density in Adolescents and Young Women with Anorexia Nervosa. *J Clin Pediatr Dent*. 2008 Dec. 33(2): 87-92.
- 30 Guedes CC, Bussadori SK, Mutarelli PS. Estudo das Alterações Bucais que . Auxiliam no Diagnóstico da Bulimia Nervosa do Tipo Purgativo: revisão de literatura. *Revista Pediatria Moderna*. 2007 nov./dez. 43(6). (Consultado: 20 set 2015. Disponivel em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=3660&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3660&fase=imprime))
- 31 DiGioacchino RF, Keenan MF, Sargent R. Assessment of Dental Practitioners in the . Secondary and Tertiary Prevention of Eating Disorders. *Eating Behaviours*. 2000 Sep. 1(1): 79-91.
- 32 Emodi-Perlman A, Yoffe T, Rosenberg N, Eli I, Alter Z, Winocur E. Prevalence of . Psychologic, Dental, and Temporomandibular Signs and Symptoms Among Chronic Eating Disorders Patients: A Comparative Control Study. *Journal of Orofacial Pain*. 2008. 22(3): 201-208.
- 33 World Health Organization. Oral Health Surveys: Basic Method, Fifth Edition. . Geneva. WHO Press. 2013. ISBN: 978 92 4 154864 9.
- 34 Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR. Carranza's Clinical Periodontology. . Eleventh Edition. Missouri. Elsevier. 2012. p:12; 41-46; 61. ISBN: 978-1-4377-0416-7.
- 35 Dynesen AW, Bardow A, Petersson B, Nielsen LR, Nauntofte B. Salivary Changes . and Dental Erosion in Bulimia Nervosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008.106(5): 696-707.
- 36 Khovidhunkit So, Suwantuntula T, Thaweboon S, Mitirattanakul S, Chomkhakhai U, . Khovidhunkit W. Xerostomia, Hyposalivation, and Oral Microbiota in Type 2 Diabetic Patients: A Preliminary Study. *J Med Assoc Thai*. 2009. 92(9): 1220-1228.
- 37 Centro de Controlo e Prevenção de Doenças. Centros para el Control y la . Prevención de Enfermedades (CDC). Salvamos Vidas. Protegemos à la gente. 2014 (Consultado: 2015 Maio 23. Disponivel em: [http://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult\\_bmi/index.html](http://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult_bmi/index.html)).

- 38 Angela C, Neville BW, Krayner JW, Gonsalves C. Oral Manifestations of Systemic . Disease. American Academy of Family Physicians. 2010 Dec 1. 82(11): 1381-1388
- 39 Souza CVA, Maia KD, Weyne SdC, Tuñas IC. Erosão Dentária Causada por Ácidos . Intrínsecos. Rev bras odontol. 2010 jan./jun. 67(1): 28-33.
- 40 Alex Milosevic DABPDS. Dental Erosion, Oral Hygiene and Nutrition in Eating . Disorders. Int J Eat Dis. 1997. 21(2): 196-199.
- 41 Scheutzel P. Intrinsic Factors Causing Dental Erosion. Eur J Oral Sci. 1996 Apr. . 104(2): 178-190.
- 42 Verzak Ž, Čuković-Čavka S, Čuković-Bagić I. A Case Report of Bulimia Induced . Dental Erosion in a Female Adolescent. Acta Stomatol Croat. 2007. 41(3): 260-267.
- 43 Lifante-Oliva C, López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Esteve-Salinas J. Study of . Oral Changes in Patients with Eating Disorders. Int J Dent Hygiene. 2008 May. 6(2): 119-122.
- 44 Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral & Maxillofacial Pathology, . Second Edition. V.B.Saunders Company. 2002. ISBN: 0-7216-9003-3.
- 45 Bretz WA. Oral Profiles of Nulimic Women: Diagnosis and Management. What is the . Evidence? J Evid Base Dent Pract. 2002 Dec. 2(4): 267-272.



## **Anexos**

## **Anexo I - Autorização da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João, Porto**



## Declaração

Para os devidos efeitos se declara que Maria Manuel Lourenço entregou um projecto de investigação denominado “*Manifestações orofaciais da anorexia nervosa e bulimia nervosa*” para ser apreciada pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar

Centro Hospitalar de S. João, 24 de Fevereiro de 2015

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

Pedro Brito

54

12/3/15



Exma. Sra.

Dra. Margarida Tavares

Directora Clínica do Centro Hospitalar de São João

**Assunto:** Projecto submetido à Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 19 de Fevereiro de 2015

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

Pedro Beto

# CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

## 7. SEGURO

- a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM ☐ (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO ☐

NÃO APLICÁVEL ☒

## 8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Maria Manuel Pais de Carvalho Martinho Lourenço,

abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 5 / Dezembro / 2014 16/12/14

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

Doutor Filipe Almeida  
Presidente da Comissão de Ética

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

*Em anexo ao parecer encontra-se a cópia do parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.*

A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.

2015-02-23

Doutor Filipe Almeida  
Presidente da Comissão de Ética

emitido na reunião plenária da CES

de

## **Anexo II - Autorização do Diretor do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João, Porto**



## DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro que autorizo a colaboração deste serviço com o projecto de investigação sobre “ Manifestações Orofaciais da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa “ pela Investigadora Principal Maria Manuel Pais de Carvalho Martinho Lourenço, no âmbito da Tese de Mestrado pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

Porto, 9 de Dezembro- de 2014

O Director da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental

Dr. António Roma Torres

## **Anexo III - Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto**



Exmº Senhor  
Prof. Doutor Pedro de Sousa Gomes  
Faculdade de Medicina Dentária da U. Porto

891093

18 DEZ. 2014

(C/ conhecimento à Estudante **Maria Manuel Lourenço**)

**Assunto:** Avaliação pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto do Plano de Atividades a realizar no âmbito da unidade curricular “Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica” do Mestrado Integrado em Medicina Dentária e cujo título é: “**Manifestações oro-faciais da anorexia nervosa e bulimia nervosa**”.

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, em reunião tida a 17 de dezembro de 2014, para analisar e deliberar sobre o estudo que V. Exª se dignou enviar, decidiu, por unanimidade, que o estudo não se enquadra nas competências desta Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética



António Felino  
(Professor Catedrático)

## **Anexo IV – Explicação do Estudo**

Monografia de Investigação do Mestrado Integrado em Medicina Dentária  
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto  
2014/ 2015

**Projeto de Investigação 280-14**  
**Manifestações Orofaciais da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa**  
**Explicação do Estudo**

Investigadora Principal:

Maria Manuel Pais de Carvalho Martinho Lourenço  
mimd11004@fmd.up.pt

Orientador: Prof. Doutor Pedro Gomes

Coorientadora: Dra. Isabel Marques Brandão

**Objetivos da investigação**

Convidamo-la a participar neste estudo “Manifestações Orofaciais da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa” como voluntária e sem compensação monetária.

Este projeto, inserido na Unidade Curricular de Monografia de Investigação do 5.ºano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), pretende:

- a) Identificar as complicações orais e faciais relacionadas com a anorexia nervosa e bulimia nervosa;
- b) Determinar a complicação ou complicações mais frequente nos pacientes com estas doenças;
- c) Informar as doentes sobre as alterações detetadas na cavidade oral, o impacto que podem apresentar na saúde e abordar formas de diminuir a evolução dessas alterações;
- d) Reforçar a importância de uma boa saúde oral, explicar técnicas para prevenir o desenvolvimento de novas complicações orais e faciais e referir a importância das consultas com o médico dentista.

## Metodologia

Este estudo decorre nas instalações do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João, Porto, sendo supervisionado e acompanhado pelo(a) médico(a) psiquiatra responsável.

As participantes do grupo de controlo são voluntárias, sem história presente ou passada de distúrbios alimentares, como a anorexia nervosa ou bulimia nervosa, verificado através do preenchimento do questionário *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)*.

É necessária a presença no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, para o preenchimento do questionário elaborado para este estudo e para a avaliação da face e da cavidade oral, que inclui o registo fotográfico das alterações encontradas.

As participantes serão divididas pelos dois grupos de estudo indicados.

Grupo DA	Doentes com perturbação do comportamento alimentar
Grupo CT	Grupo de controlo

## Resultados/ benefícios esperados

Através deste estudo espera-se que seja informada acerca das complicações detetadas na sua cavidade oral; que consiga prevenir o aparecimento de novas alterações e diminuir a evolução das complicações existentes; que seja informada sobre as necessidades de tratamento médico-dentário e que compreenda a importância da saúde oral e do acompanhamento frequente pelo médico dentista.

## Risco/ desconforto

Para realizar este estudo será necessária a sua presença no serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João. Consiste no preenchimento de um questionário elaborado pela equipa de investigação e realização de um exame da face e da cavidade oral, pela investigadora principal.

As consultas destinadas a esta investigação decorrem nos dias e horário da Consulta do Comportamento Alimentar (CHSJ-CCA), durante os meses de Fevereiro a Abril de 2015.

### **Caráter voluntário da participação**

A participação é voluntária, tendo a liberdade de desistir em qualquer fase da investigação, se assim o desejar.

### **Confidencialidade**

Os registos obtidos a partir deste estudo são confidenciais e os resultados serão apresentados sem que as participantes sejam identificadas. Assim, garante-se a confidencialidade durante todas as fases do estudo.

Este projeto de investigação foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João, EPE.

Declaro que compreendi a explicação que me foi fornecida e que me foram respondidas todas as questões que achei pertinentes sobre o projeto de investigação a que vou ser submetido e no qual aceito participar.

Nome completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Maria Manuel Lourenço)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2015

## **Anexo V - Declaração de Consentimento Informado, Esclarecido e Livre**



SÃO JOÃO

## PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Seoul 2008; Fortaleza 2013)

## Designação do Estudo (em português)

Manifestações Orofaciais da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa

Confirmando que explico ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo: ☐ Não ☒ Sim (Nº de páginas 3 )

## O Investigador responsável

Nome: Maria Pais de Carvalho Martinho Lourenço

legível

assinatura

## Identificação do participante

Nome: \_\_\_\_\_

BI/ CC n.º: \_\_\_\_\_

## Participante/ Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data:      /      / 2015

assinatura

Nome (Pais/Representante legal): \_\_\_\_\_

BI/ CC n.º: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Data:      /      / 2015

assinatura

**Anexo VI - *Eating Disorder Examination*  
Questionnaire (EDE-Q)**



Eating Disorder Examination Questionnaire  
(EDE - Q)

<b>Nº Registo:</b>	<b>Data:</b>
--------------------	--------------

As questões que se seguem referem-se apenas às últimas quatro semanas (28 dias).  
Por favor leia atentamente e responda a todas as questões.

Questões **1 a 12**: Assinale o número que me melhor traduz o seu comportamento nos últimos 28 dias.

Em quantos dos últimos 28 dias...	0 dias	1-5 Dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos os dias
1 Tentou restringir deliberadamente a quantidade de comida ingerida para influenciar o seu peso ou forma corporal (quer tenha sido ou não bem sucedida)?	0	1	2	3	4	5	6
2 Permaneceu longos períodos de tempo (8 ou mais horas acordada) sem comer nada, apenas para influenciar o seu peso ou forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
3 Tentou excluir da sua dieta alimentos de que gosta para influenciar o seu peso ou forma corporal (quer tenha sido ou não bem sucedida)?	0	1	2	3	4	5	6
4 Tentou cumprir regras alimentares bem definidas para influenciar o seu peso ou forma corporal (quer tenha ou não sido bem sucedida)?	0	1	2	3	4	5	6
5 Teve vontade definida de ter o estômago <u>vazio</u> , com o objetivo de influenciar o seu peso ou forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
6 Teve vontade definida de ter o estômago totalmente <u>plano</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
7 Teve pensamentos sobre <u>comida, comer ou calorias</u> que dificultaram muito a sua concentração noutras atividades de interesse (por exemplo, durante o trabalho, enquanto lia um livro, durante uma conversa)?	0	1	2	3	4	5	6
8 Teve pensamentos sobre <u>o peso ou forma corporal</u> que dificultaram muito a sua	0	1	2	3	4	5	6

	concentração noutras atividades de interesse (por exemplo, durante o trabalho, enquanto lia um livro, durante uma conversa)?							
9	Teve medo bem definido de perder o controlo sobre os seus comportamentos alimentares?	0	1	2	3	4	5	6
10	Teve medo bem definido de ter aumentado o peso corporal?	0	1	2	3	4	5	6
11	Se sentiu gorda?	0	1	2	3	4	5	6
12	Teve uma forte vontade de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6

Questões **13 a 18**: Indique o número que lhe parece mais apropriado na caixa da direita.

Nos últimos 28 dias...		
13	Quantas vezes comeu o que outras pessoas considerariam como uma quantidade anormalmente grande de comida (dadas as circunstâncias)?	
14	...Em quantas destas vezes teve a sensação de perda de controlo sobre o seu comportamento alimentar (no momento em que estava a comer)?	
15	...Em quantos <u>dias</u> ocorreram esses episódios de excesso alimentar (episódios em que consumiu uma quantidade exagerada de alimentos e sentiu perda de controlo sobre o comportamento alimentar)?	
16	Quantas <u>vezes</u> induziu o vómito com o objetivo de controlar o peso e forma corporal?	
17	Quantas <u>vezes</u> tomou laxantes com o objetivo de controlar o peso e forma corporal?	
18	Quantas vezes praticou exercício de forma compulsiva com o objetivo de controlar o peso, forma corporal ou para “queimar” calorias?	

Questões **19 a 21**: Assinale o número que me melhor traduz o seu comportamento nos últimos 28 dias.

O termo *binge eating* significa comer aquilo que outras pessoas considerariam como uma quantidade anormalmente grande de comida, dadas as circunstâncias, acompanhada da sensação de perda de controlo sobre os seus comportamentos alimentares.

Nos últimos 28 dias...		0 dias	1-5 Dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos os dias
19	Em quantos dias comeu em segredo (furtivamente)... Sem contar com episódios de binge eating?	0	1	2	3	4	5	6
20	Pensando no número total de vezes em que comeu, em que proporção se sentiu culpada (sensação de ter feito algo errado) por causa dos efeitos sobre o seu peso ou forma corporal?	Nenhuma	Poucas	Menos de metade	Metade	Mais de metade	A maioria	Sempre
		0	1	2	3	4	5	6
21	Qual o seu grau de preocupação por outras pessoas a verem comer?	Nenhum		Ligeiro	Moderado		Elevado	
		0	1	2	3	4	5	6

Adaptado de Christopher G Fairburn and Sarah Beglin, 2008

## **Anexo VII - Dados do Participante**

Monografia de Investigação do Mestrado Integrado em Medicina Dentária  
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto  
2014/ 2015

**Projeto 280-14**  
**Manifestações Orofaciais da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa**  
**Dados do Participante**

Maria Manuel Lourenço  
Prof. Doutor Pedro Gomes  
Dra. Isabel Brandão

<b>N.º Registo:</b>	<b>Data:</b>
---------------------	--------------

<b>Idade:</b>
<b>Peso (Kg):</b>
<b>Altura (m):</b>

**(1) Indique as patologias ou manifestações sistémicas que apresenta ou apresentou:**

- |   |   |
|---|---|
| (1.1) Nenhuma <input type="checkbox"/>                  | (1.13) Osteoporose <input type="checkbox"/>                 |
| (1.2) Arritmia <input type="checkbox"/>                 | (1.14) Dores nos ossos <input type="checkbox"/>             |
| (1.3) Cardiomiopatia <input type="checkbox"/>           | (1.15) Miopatia <input type="checkbox"/>                    |
| (1.4) Azia <input type="checkbox"/>                     | (1.16) Depressão <input type="checkbox"/>                   |
| (1.5) Diarreias sanguinolentas <input type="checkbox"/> | (1.17) Ansiedade <input type="checkbox"/>                   |
| (1.6) Refluxo-gástrico <input type="checkbox"/>         | (1.18) Doença obsessiva compulsiva <input type="checkbox"/> |
| (1.7) Rutura gástrica <input type="checkbox"/>          | (1.19) Alterações de personalidade <input type="checkbox"/> |
| (1.8) Rutura esofágica <input type="checkbox"/>         | (1.20) Alcoolismo <input type="checkbox"/>                  |
| (1.9) Pancreatite <input type="checkbox"/>              | (1.21) Toxicodependência <input type="checkbox"/>           |
| (1.10) Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/>       | (1.22) Anorexia Nervosa <input type="checkbox"/>            |
| (1.11) Hipotireoidismo <input type="checkbox"/>         | (1.23) Bulimia Nervosa <input type="checkbox"/>             |
| (1.12) Hipertireoidismo <input type="checkbox"/>        | (1.24) Outras <input type="checkbox"/> _____                |

**(2) Refira a medicação que toma habitualmente (nome e posologia):**

**Se na questão (1) não selecionou a opção (1.22) Anorexia Nervosa ou (1.23) Bulimia Nervosa avance para a questão (8), na página 5.**

**(3) Diagnóstico de distúrbio alimentar?**

Anorexia Nervosa

Tipo Restritivo ☐

Tipo Purgativo ☐

Bulimia Nervosa

Tipo Purgativo ☐

Tipo Não Purgativo ☐

**(4) O seu médico dentista sabe que sofre de anorexia nervosa ou bulimia nervosa?**

Sim ☐

Não ☐

**(5) Em que idade se iniciaram as alterações no comportamento alimentar?** \_\_\_\_\_

**(6) Em que idade foi realizado o diagnóstico de distúrbio alimentar?**

\_\_\_\_\_

**(7) Relativamente aos hábitos purgativos:**

(7.1) História presente de hábitos purgativos?

Não ☐

Indução de vômito ☐

Uso de laxantes e/ou diuréticos ☐

(7.2) História passada de hábitos purgativos?

Não ☐

Indução de vômito ☐

Uso de laxantes e/ou diuréticos ☐

**Se nunca apresentou hábito de indução do vômito avance para a questão (8) na página 5.**

(7.3) Se apresenta historia de indução do vômito:

(7.3.1) Em que idade se iniciou este hábito? \_\_\_\_\_

(7.3.2) Até que idade manteve este hábito? \_\_\_\_\_

(7.3.3) Quantas vezes por dia induz ou induzia o vômito? \_\_\_\_\_

(7.3.4) Que estímulo utiliza para induzir o vômito?

Dedos ☐

Objeto(s) ☐ Qual/ Quais? \_\_\_\_\_

(7.3.5) Que cuidados tem após o vômito?

Nenhum ☐

Escova os dentes de imediato ☐

Bochecha com soluções neutralizadoras de ácidos ☐

Bochecha com água ☐

Outros ☐ Qual/ quais? \_\_\_\_\_



**(8) Hábitos tabágicos:**

Nunca fumou ☐

Fumadora ☐

Ex-fumadora ☐

**(9) Relativamente aos hábitos de higiene oral:**

(9.1) Quantas vezes, por dia, escova os dentes?

Não escova ☐

1 vez por dia ☐

2 vezes por dia ☐

3 vezes por dia ☐

4 ou mais vezes por dia ☐

(9.2) Qual a duração média da escovagem?

0 minutos ☐

1 e <2 minutos ☐

2 e <4 minutos ☐

≥4 minutos ☐

(9.3) Utiliza algum método adicional de higiene oral?

Não ☐

Sim ☐

(9.4) Para além da pasta dentífrica, utiliza mais alguma(s) fonte(s) de flúor?

Não ☐

Sim ☐

## **Anexo VIII: Dados do Exame Clínico**

Monografia de Investigação do Mestrado Integrado em Medicina Dentária  
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto  
2014/ 2015

**Projeto 280-14**  
**Manifestações Orofaciais da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa**  
**Dados do Exame Clínico**

Maria Manuel Lourenço  
Prof. Doutor Pedro Gomes  
Dra. Isabel Brandão

<b>N.º Registo:</b>	<b>Data:</b>
---------------------	--------------

## Exame Extra-oral

Nº Fotografia/ Notas	Alterações Extra Orais
	<p>Queilite actínica <input type="checkbox"/></p> <p>Localização:</p>
	<p>Queilite angular <input type="checkbox"/></p>
	<p>Sialose</p> <p>Glândula(s) afetada(s):</p> <p>Parótida bilateral <input type="checkbox"/></p> <p>Parótida unilateral <input type="checkbox"/></p> <p>Submandibular bilateral <input type="checkbox"/></p> <p>Submandibular unilateral <input type="checkbox"/></p> <p>Sublingual bilateral <input type="checkbox"/></p> <p>Sublingual unilateral <input type="checkbox"/></p>
	<p>Outras alterações detetadas</p>

## Exame Intraoral

### Cárie Dentária e Erosão Dentária

				55	54	53	52	51		61	62	63	64	65					
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28		
<b>Erosão</b>																			
<b>C P O S</b>									D										
									V										
									M										
									L										
									O										
<b>C P O S</b>									O										
									L										
									M										
									V										
									D										
<b>Erosão</b>																			
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38		
				85	84	83	82	81		71	72	73	74	75					

#### Códigos Índice CPO-S

A/0: São

B/1: Cariado

C/2: Restaurado com cárie

D/3: Restaurado sem cárie

E/4: Perdido por cárie

-/5: Perdido por outro motivo

F/6: Selante de fissuras

G/7: Prótese dentária fixa

-/8: Não erupcionado ou raiz não exposta

-/9: Não registado

#### Classificação da erosão dentária

0: Sem sinal de erosão dentária

1: Erosão limitada ao esmalte

2: Erosão atinge a dentina

3: Erosão atinge a polpa

4: Dente excluído

Erosão Dentária	Nº Fotografia/ Notas

Nº Fotografia/ Notas	Alterações na mucosa oral
	Sensação de ardência <input type="checkbox"/>
	Candidíase <input type="checkbox"/> Localização:
	Lesões no palato mole <input type="checkbox"/>
	Outras alterações:

### Sensibilidade Dentária

A participante reporta sensibilidade dentária:

Sim ☐

Não ☐

### Xerostomia/ Hipossalivação

A participante refere sensação de boca seca?

Sim ☐

Não ☐

Teste de *Schirmer* Modificado (TSM) – Fluxo Salivar Não Estimulado (FSNE)

Resultado (mm):
-----------------

Refere dificuldade na realização das funções da cavidade oral (como deglutição, fala ou mastigação?)

Sim ☐

Não ☐

### Avaliação Periodontal

Ao exame visual o tecido periodontal apresenta:

Inflamação gengival ☐

Recessão gengival ☐

*IndexTeeth*

17	16	11	26	27
(V)	(V)	(V)	(V)	(V)
(L)	(L)	(V)	(L)	(L)
47	46	31	36	37

#### Códigos do *Index Teeth*

- 0: Profundidade de sondagem entre 0-3mm
- 1: Profundidade de sondagem entre 4-5mm (CEJ na banda preta)
- 2: Profundidade de sondagem entre 6-8mm (CEJ entre o limite superior da banda preta e 8,5mm)
- 3: Profundidade de sondagem entre 9-11 mm (CEJ entre de 8,5mm e 11,5)
- 4: Profundidade de sondagem igual ou superior a 12mm (CEJ além dos 11,5mm)
- X: Sextante excluído
- 9: Sem registo



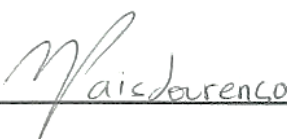
## **Anexo IX: Declaração de Autoria**

## **DECLARAÇÃO**

Monografia de Investigação/ Relatório de Atividade Clínica

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia de Investigação/ Relatório de Atividade Clínica, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente citadas.

Porto, 29 de Maio de 2015



---

Maria Lourenço  
(A investigadora)

## **Anexo X: Parecer do Orientador**

## **Parecer**

Informo que o Trabalho de Monografia desenvolvido pela estudante Maria Manuel Lourenço, com o título “Manifestações Orofaciais da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa” está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

Porto, 29 de Maio de 2015

O orientador,



(Pedro de Sousa Gomes)

Professor Auxiliar da FMDUP